

Aplicación De La Terapia Cognitivo-Conductual En Una Paciente Con Depresión
Doble Y Rasgos Obsesivos De Personalidad

JORGE MARIO RUBIO SANCHEZ

Universidad Del Norte De Barranquilla

Facultad De Psicología

Maestría en Psicología

Agradecimiento a Ana María Arias Zuleta y Rodrigo Mazo Zea

Correspondencia [jmariorubio@gmail.com]

2015

UNIVERSIDAD DEL NORTE DE BARRANQUILLA

APLICACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UNA
PACIENTE CON DEPRESION DOBLE Y RASGOS OBSESIVOS DE
PERSONALIDAD

Jorge Mario Rubio Sánchez

Investigador

Trabajo de grado para optar al título de Magister en Psicología

Mg Ana María Arias Zuleta

Directora de Trabajo de Grado

Agradecimiento a Ana María Arias Zuleta

Correspondencia [jmariorubio@gmail.com]

2015

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Medellín, julio de 2015

Resumen

El presente estudio de caso tuvo como principal objetivo describir de manera rigurosa y sistemática la aplicación del modelo de intervención cognitivo conductual para la depresión, desde la teoría expuesta por Aaron Beck. Partiendo de esto se logró evidenciar la eficacia de dicho modelo, ya que gracias a su estructura flexible, pero directiva se pudo lograr un avance y remisión de diversos síntomas tanto a nivel cognitivo, como afectivo y conductual, lo que a su vez facilitó abordar la sintomatología de la paciente de una manera integral y entregándole un papel activo en su proceso de recuperación. Para lograr esto, se hizo uso de diferentes herramientas tanto cognitivas como conductuales, tales como la psicoeducación, autorregistros, tareas conductuales, entre otras.

Finalmente se pudo concluir, que a pesar de la comorbilidad de la paciente, es decir, del diagnóstico depresivo mayor recidivante acompañado de distimia, y de los rasgos de personalidad obsesiva, que constituían un factor de vulnerabilidad, la aplicación de este modelo de intervención de manera rigurosa y haciendo énfasis en la entrevista clínica y el fortalecimiento del vínculo terapéutico, facilitó la remisión varios de los síntomas que presentaba la paciente y además generó en la misma una actitud activa ante su problemática.

Palabras claves. Depresión doble, terapia cognitiva, rasgos de personalidad obsesiva

Tabla de Contenido

Introducción	1
Justificación	4
Área Problemática.....	8
Objetivos del estudio	13
Objetivo general	13
Objetivos específicos	13
Historia del Caso, Formulación y Plan de tratamiento	14
Historia del Caso	14
Información de la identificación.	14
Queja principal:	14
Historia del Problema Actual.	14
Historia Psiquiátrica.	16
Historia Personal y Social.	18
Historia Médica.	21
Revisión del Estado Mental.....	21
Diagnóstico de Ejes del DSM IV-TR.....	21
Diagnóstico DSM V	21
Formulación del caso	22
Precipitantes.	22
Visión transversal de las cogniciones y conductas actuales.....	22
Visión longitudinal de las cogniciones y los comportamientos.	23
Fortalezas.	26
Hipótesis de trabajo (resumen de la conceptualización).	26
Plan de tratamiento.....	27
Lista de problemas.	27
Objetivos terapéuticos.	28
Plan de tratamiento.....	28
Curso de tratamiento	29
Relación terapéutica.	29
Intervenciones y procedimientos.....	30
Obstáculos.	32

Resultados	32
Descripción detallada de las sesiones	33
Primera Sesión	33
Tercera sesión.....	35
Séptima sesión.....	37
Décima sesión	39
Décima sexta Sesión	42
Marco conceptual de referencia	46
Trastorno depresivo.....	46
Definición.....	46
Teorías explicativas	49
Teorías conductuales.	49
Teoría de disminución del refuerzo positivo de Lewinsohn.	50
Modelo de autocontrol de Rehm.	52
Teorías cognitivas.	54
Teoría de la indefensión aprendida.....	54
Teoría cognitiva de Beck.....	56
La triada cognitiva.	57
Esquemas.	59
Errores en el procesamiento de la información.	59
Terapia cognitiva en depresión.....	61
Personalidad	63
Temperamento.....	63
Carácter.	65
¿Qué es la personalidad?	67
Trastorno de personalidad obsesiva – compulsiva.....	68
Comorbilidad entre trastorno depresivo y rasgos de personalidad obsesiva.....	71
Análisis de caso	74
Conclusiones	79
Referencias.....	83
Anexos	86
YSQL2	86
Esquemas maladaptativo tempranos encontrados	87
Consentimiento Informado.....	88

Consentimiento Para Participar En Un Estudio De Caso Sobre: "Aplicación De La Terapia Cognitivo-Conductual En Una Paciente Con Depresión Doble Y Rasgos Obsesivos De Personalidad"	90
Procedimientos	92
Consentimiento Informado.....	93

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la depresión constituye una de las enfermedades mentales más frecuentes, afectando, para el 2012, a cerca de 350 millones de personas al rededor del mundo, lo que a su vez la convierte en la principal causa mundial de discapacidad. Este panorama mundial, no se aleja de lo que sucede a nivel nacional, ya que de acuerdo con el estudio poblacional de salud mental realizado en el 2003, se encontró que el 13% de la población colombiana ha sufrido, sufre o sufrirá de un trastorno de estado de ánimo (OMS, 2012).

Citando a Posada (2013) “Los trastornos mentales en Colombia afectan especialmente a niños, adolescentes y adultos jóvenes, situación que empeora en gran medida el pronóstico, la productividad académica y económica de la población y, en últimas, el capital global, que incluye los factores personales, simbólicos, culturales y relacionales” (s.p). Esto no quiere decir que el pronóstico sea únicamente negativo, por el contrario, esta situación exige la generación de estrategias de intervención eficaces.

Así como lo plantea la OMS, la depresión, aunque constituye un gran factor de morbilidad, es una enfermedad que puede ser tratada de diferentes maneras, ya sea tratamiento psiquiátrico, activación conductual, psicoterapia individual, entre otras.

Dentro de los tratamientos que han mostrado mayor eficacia se encuentra la terapia cognitiva de Beck. Como se podrá ver más adelante, esta terapia “es un

procedimiento activo, directivo, estructurado, y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967, 1976).” (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010, p.13).

El presente trabajo tiene como propósito exponer detalladamente el proceso y procedimientos realizados durante el tratamiento de un caso clínico único de una paciente con depresión doble y rasgos obsesivos de personalidad. Inicialmente se encontrará la formulación completa del caso, la cual incluye la identificación de la paciente, el motivo de consulta, descripción sintomática, historia personal y familiar de la paciente. Luego se hallará todo el proceso de evaluación, incluyendo las pruebas aplicadas. De acuerdo con los hallazgos, se realiza el debido diagnóstico.

Partiendo de esto se realiza el análisis de caso a la luz de la teoría de la terapia cognitivo - conductual, específicamente se realiza intervención y análisis desde la terapia cognitiva de Beck. Las técnicas terapéuticas específicas utilizadas se sitúan en el marco del modelo cognitivo de psicopatología; es necesario para que una terapia sea efectiva, que se tenga conocimiento de la técnica y de la teoría propia de dicha terapia.

En psicoterapia cognitiva las técnicas terapéuticas están dirigidas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias que el individuo tiene acerca de él mismo y del mundo. El paciente aprende a resolver problemas y

situaciones que anteriormente había considerado insoportables, terribles e insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos.

El Terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar, ésta a su vez se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales cuyo objeto es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente.

El método consiste en experiencias de aprendizaje específicas, dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones:

- controlar los pensamientos automáticos negativos.
- identificar la relación entre cognición, afecto y conducta.
- examinar las evidencias a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
- sustituir estas condiciones de las interpretaciones por unas más realistas.
- aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

Luego de describir este proceso terapéutico se podrán hallar las conclusiones, la discusión y los aportes que fueron dados por el estudio detallado de este caso.

Justificación

La importancia de la presentación de un caso clínico radica en que éste posibilita que los clínicos transmitan sus experiencias de una manera organizada y sistemática para que a su vez otros profesionales, en este caso psicólogos, puedan analizarlas, entenderlas y discutir las, lo que permite un diálogo entre la teoría y la práctica de la psicología clínica (Buela-Casal y Sierra, 2002).

Roussos (2007, p 261) plantea que hay cuatro usos o razones fundamentales para la presentación de un caso clínico:

- Pedagógicos generales: este tipo de diseño permiten ejemplificar de manera didáctica los conceptos.
- Entrenamientos de profesionales a través de los cuales se generan estándares y modelos de acción clínica.
- Peculiaridades clínicas, que generan nuevas ideas y tendencias de pensamiento.
- Para la realización de tareas de investigación propiamente dichas.

El autor señala, que el principal objetivo de un caso clínico es vincular la investigación, la teoría y la práctica clínica, poniendo a prueba diferentes técnicas que probablemente ya han dado resultado en el pasado, lo cual permitirá evaluar la validez del tratamiento en una situación más controlada.

Para el presente trabajo se podría decir que el principal objetivo es poder contrastar de manera práctica las conceptualizaciones y modelos teóricos para el tratamiento de la depresión, basados en el modelo de intervención de la terapia cognitiva, partiendo del planteamiento de Beck.

Este modelo de intervención plantea una serie de parámetros para la intervención de trastornos del estado de ánimo, específicamente para la depresión. Los principios de la terapia cognitiva establecen que (Beck y Cols. 2010):

Esta se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteada en términos cognitivos.

Requiere de una sólida alianza terapéutica.

Enfatiza la colaboración y la participación activa por parte del paciente.

Está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados.

Inicialmente destaca el presente.

Es educativa, tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de recaídas.

Tiende a ser limitada en el tiempo.

Las sesiones de terapia cognitiva son estructuradas.

Ayuda a los pacientes a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia.

Se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

Partiendo de lo anterior, la importancia del abordaje del presente caso clínico radica en la posibilidad de contrastar lo que se encuentra planteado teóricamente y lo que se halla en la clínica como tal. La terapia cognitiva como modelo sistemático de intervención permite el abordaje desde varias esferas, por un lado hacer psicoeducación con el paciente sobre la patología y sobre el modelo cognitivo, se explica cómo el procesamiento que él hace de la información influye en su percepción del entorno y de sí mismo.

Posteriormente se plantea una hipótesis acerca del origen de la depresión, estableciendo factores precipitantes, detonantes y de mantenimiento de la misma, lo cual da como resultado una propuesta de intervención para dicho caso específico.

La conceptualización de caso desde el modelo cognitivo permite ver la relación que hay entre los pensamientos, las emociones y las conductas, adicionalmente analizar el contenido de las cogniciones desde la más superficial como los pensamientos automáticos disfuncionales hasta las más profundas como la creencia central (Beck y Cols., 2010).

De acuerdo con esto, la formulación de caso permite estructurar y organizar todos los datos relevantes del paciente, los problemas y eventos vitales que refiere el mismo y por tanto un análisis para guiar de manera adecuada las herramientas de intervención a utilizar y el momento indicado para esto.

Existen diferentes modelos de formulación de caso, de acuerdo a la orientación teórica del terapeuta será la elección. Así, por ejemplo, desde la orientación cognitivo - conductual, se cuenta con modelos de formulación de caso destacados como el de Persons, Beck y Young. Cada uno de estos autores busca un abordaje completo y sistemático del caso a tratar, en varios apartados, tales como, historia personal y social del paciente, historia del problema, factores precipitantes, cogniciones y conductas actuales, entre otros. Lo cual facilitará el análisis, el planteamiento de hipótesis y la elección del tratamiento.

Es claro que la depresión constituye uno de los principales trastornos que afecta a la población mundial, generando altos índices de incapacidad, repercutiendo no solo en el funcionamiento personal y laboral del individuo sino también de su familia y su entorno en general (OMS) por lo cual es de suma importancia la aplicación y generación de modelos de intervención eficaces que propendan por el bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de cada uno de los individuos.

Área Problemática

La psicología anormal constituye una importante área, que se centra en el estudio de la conducta desadaptada. Este tipo de conducta está determinada tanto por factores biológicos y personales como sociales, ya que es la sociedad quien va delimitando y definiendo qué implica una conducta diferente y lo que esto conlleva en la vida cotidiana (Sarason y Sarason, 2006). La conducta anormal puede abarcar diferentes tipos de problemas que pueden o no afectar de manera importante la vida diaria. Dentro de los procesos o actividades que suelen afectarse se encuentran : “1) pensar de forma lógica y racional, 2) enfrentar de manera efectiva el estrés y los desafíos que se presentan en diferentes situaciones y a lo largo de la vida, y 3) demostrar estabilidad emocional y crecimiento” (Sarason y Sarason, 2006, p. 5).

Derivado de estas alteraciones se pueden presentar problemas que repercuten en diferentes esferas de la vida de cada uno de los sujetos, tales como (Sarason y Sarason, 2006):

Baja autoestima

Distorsión de la realidad

Menor competencia

Ansiedad

Depresión

Ira

Reactividad fisiológica intensificada

Actualmente el abordaje de este tema se lleva a cabo desde una perspectiva biopsicosocial, ya que es claro que las diferentes patologías y respuestas conductuales están determinadas por la influencia de diferentes factores: biológico, psicológico, social, aunque cada enfermedad cuente con una carga determinada de cada variable, en mayor o menor medida, lo que a su vez varía de acuerdo a la etapa vital del individuo (Sarason y Sarason, 2006). El repertorio conductual o las habilidades con las que cuente un sujeto para hacer frente a las problemáticas que se le presenten estarán vinculados a las capacidades adaptativas que haya desarrollado.

De acuerdo con Sarason y Sarason (2006), desde esta perspectiva de abordaje, se debe realizar una evaluación de cada una de estas variables y tratarlas de manera tal que ayude a las personas a manejar los problemas que surgen en sus vidas, es decir, se debe enfocar el tratamiento en el desarrollo y adquisición de mejores habilidades de afrontamiento, lo cual a su vez se verá reflejado en la disminución del malestar y en la adaptabilidad del individuo.

Es importante resaltar que las variables mencionadas anteriormente interactúan constantemente entre sí y por lo tanto puede ocurrir que ante una misma situación o similar, se tenga una estrategia de afrontamiento efectiva o no, ya que la emisión de una conducta depende de las particularidades tanto individuales como del entorno en ese momento preciso.

En este punto se hace necesario especificar, dado que hasta el momento se ha hablado de psicología anormal, el concepto de trastorno mental, especialmente desde la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Dicha asociación ha definido el trastorno mental en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2003, s.p) como:

Un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.

Como se puede evidenciar en la anterior definición, y de acuerdo a lo visto en la conceptualización de psicología anormal o conducta anormal, para identificar un trastorno mental y realizar una adecuada intervención, se debe tener en cuenta cada una de las dimensiones que conforman un individuo y que influyen en su comportamiento y emociones, es decir biológica, psicológica y social.

Dentro de la terapia cognitiva, se busca abordar las problemáticas que le generan malestar a los individuos por medio de la generación de estrategias cognitivas y conductuales, que tienen el objetivo de delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. Tal como se ha visto, estos modos de interpretar la información son adquiridos a lo largo de la vida y modulan de manera como un sujeto responde ante los estímulos del ambiente, las relaciones interpersonales, las problemáticas cotidianas.

Este modelo de intervención, como ha sido mencionado en apartados anteriores, ha demostrado gran efectividad para el tratamiento de la depresión. La depresión es una de las patologías que mayor malestar genera, ocupando uno de los primeros puestos en enfermedades que mayor tiempo de incapacidad genera, esto de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud.

Como lo explica Orjuela (2000), la depresión puede pasar de ser una experiencia emocional a ser una situación incapacitante para encontrar placer o felicidad con lo que se vive. Siguiendo con lo expuesto por la autora, la depresión tiene como principal características la visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro (Orjuela, 2000). A pesar de esto, no se puede decir que todas las personas deprimidas perciben de igual manera su entorno o que tienen la misma visión negativa ante los mismos estímulos, todo esto va a depender de las características particulares de los individuos, como lo son sus

rasgos de personalidad o incluso si tienen alguna otra patología que puede influir de forma particular en la expresión de la depresión.

El presente caso clínico permite tener un acercamiento al tratamiento y curso que puede tener una depresión doble en un individuo con rasgos de personalidad obsesiva, características que hacen de este caso algo particular y que enriquecen el aprendizaje ante el tratamiento de la depresión. Igualmente fortalecen las evidencias empíricas acerca de la eficacia de la terapia cognitiva para el tratamiento de esta patología.

Objetivos del estudio

Objetivo general

Describir el proceso de análisis e intervención de un caso clínico desde la terapia cognitivo-conductual en una paciente con depresión doble y rasgos obsesivos de personalidad

Objetivos específicos

Describir el proceso de evaluación clínica del paciente.

Comprender la conceptualización del caso desde el modelo cognitivo-conductual.

Describir la relevancia de la relación y alianza terapéutica como facilitador del proceso terapéutico.

Diseñar el plan de intervención desde el modelo de Aarón Beck y otros autores que han estudiado en concreto el trastorno depresivo.

Historia del Caso, Formulación y Plan de tratamiento

Historia del Caso

Información de la identificación.

Ana mujer de 29 años, natural y residente en Medellín, soltera, sin hijos, vive con padres y hermano menor, padre pensionado de 63 años, madre ama de casa de 57 años, hermano ingeniero de diseño 27 años, profesión diseñadora de espacios, ocupación empleada en empresa de diseño.

Queja principal:

Llega a consulta remitida por psiquiatría, “No quiero seguir viviendo así, no logro lo que empiezo, lloro mucho, muchas veces no me quiero levantar”, Presenta cuadro depresivo que está afectando su vida social y laboral, aunque refiere mejoría desde que empezó tratamiento farmacológico y psicoterapéutico hace 3 años, piensa que se ha estancado, “no pelecho”, ha presentado periodos de mejoría intercrisis sin llegar a la eutimia.

Historia del Problema Actual.

Desde febrero de 2010 empezó a sentirse triste, después de haber terminado una relación afectiva con Andrés su novio de 8 años, con quien tenía planeado casarse, “ahí empezó mi calvario”, Empezó a desarrollar síntomas depresivos, ante lo cual asistió a terapia, desde allí viene consultando a psicoterapia con mejoría parcial. Hace tres meses

su hermano anunció su matrimonio lo que empeoró sus síntomas. Al momento de la consulta (mayo 2012) Ana Presenta los siguientes síntomas:

Síntomas Emocionales: Disforia, depresión, tristeza, ansiedad, irritabilidad, tensión emocional, aburrimiento.

Síntomas Cognitivos: cogniciones de incapacidad y fracaso, ideas de suicidio, ideas perfeccionismo y orden; ideas de muerte, concepto negativo de su imagen y se considera mediocre

Síntomas conductuales: Aumento de consumo de cigarrillo, hipo e hiperorexia, conductas de orden, algunos rituales abiertos de organización, incapacidad para terminar algunas tareas y retos, y llanto frecuente.

Síntomas fisiológicos: Hipersomnias diurna, Dolor Lumbar, dolor de cabeza, taquicardia, temblor, sudoración excesiva, fatiga.

Síntomas interpersonales: a nivel laboral problemas con su jefe, disminución de sus actividades sociales, discusiones frecuentes en el hogar, principalmente con su padre.

El principal estresor de la vida de Ana tiene que ver con su área afectiva emocional. Desde la terminación de su relación afectiva sus actividades sociales se han

ido disminuyendo hasta “casi la nulidad”, y le preocupa significativamente no tener pareja.

Además, en el área social Ana ha disminuido ostensiblemente las actividades de interés, y las actividades sociales, se ha alejado de sus amigos porque cree que ellos no quisieran estar con alguien tan “pelle” y tan “asocial”, lo que se convierte en otro estresor.

Otro estresor de Ana es el área laboral, siente inconformidad con su trabajo porque piensa que no es lo suficientemente buena, aunque le gusta lo que hace, actualmente presenta muchas dificultades con su jefe, durante el transcurso de las sesiones Ana decide renunciar a su trabajo.

Ana viene consultando desde hace 3 años con una psicoterapeuta, y con tratamiento farmacológico con periodos de mejoría sin llegar a la eutimia, pero con remisión de algunos síntomas, por lo que decide iniciar un nuevo proceso.

Historia Psiquiátrica.

La paciente refiere tratamiento psicológico por depresiones desde la adolescencia, su primer episodio ocurrió cuando cursaba grado 11 y tenía 17 años, en ese entonces se encontraba haciendo el postulado, preparándose para la vida religiosa, y una hermana superior de la institución, “que era mi asesora”, le dio a entender que ella no servía para la vida religiosa, porque era “muy loquita”, ella creía que su forma de ser no era la más adecuada, porque se pintaba el pelo, hablaba mucho, “creo que era demasiado feliz para

ser monja según ella”, se deprimió mucho “deje de ir 2 semanas al colegio” su depresión remitió sin tratamiento, alcanzando la eutimia, luego continuó estudiando y se graduó como bachiller sin dificultades en 2000.

Su segunda crisis fue en 2001 a los 18 años , estudiando ingeniería geológica en la universidad nacional, allí fue víctima de acoso por parte de algunos compañeros “me hacían la vida imposible, me molestaban porque tenía carro,” le decían gorda, pero refiere que no le afectaba, dice que quizá solo a los 14 o 15 años, su obesidad le representó un problema, el motivo principal por el cual se retiró de la U publica, fue porque un día después de clase encontró en el parabrisas de su carro una nota amenazante, y desde ese día, no volvió más, en esa ocasión asistió a psicoterapia, logró resolución de síntomas, y al semestre siguiente ingreso a una universidad privada, a Ingeniería Civil, al finalizar 2 semestre, inicio Geología, logró estudiar simultáneamente las dos carreras durante 5 semestres.

En el 7º semestre de la universidad, en 2005 presentó su tercera crisis, su rendimiento académico que hasta el momento era sobresaliente, bajó y empezó a faltar a clase y a pensar que “no servía para nada”, no se levantaba de la cama, no quería salir, no hablaba con nadie, se retiró de la universidad, y decidió no estudiar ingeniería. Ese mismo año, empieza a estudiar Diseño de espacios , durante 9 semestres su desempeño fue sobresaliente, refiere que no estuvo todo el tiempo bien, pero tampoco vivió una crisis dura.

En 2010 se deprime por una ruptura afectiva, su novio con quien llevaba 8 años y tenían planes de matrimonio, le fue infiel, embarazó a otra mujer y se casó con ella, por lo que decidió buscar ayuda por primera vez con psiquiatría, recibió tratamiento farmacológico, expresa que esta crisis ha sido “la más difícil de todas”. Allí presentó su cuarto episodio depresivo, para entonces estaba en X semestre, este episodio generó bajo rendimiento durante la práctica, “mi desempeño no fue bueno”, “llegaba a la empresa a las 8 de la mañana a llorar hasta las 5 de la tarde”, la despidieron de la empresa donde estaba realizando la práctica y como consecuencia perdió el semestre, “literalmente me quede en la cama”, durante más de 2 meses no salió, no realizaba ninguna actividad placentera ni social, recibió tratamiento farmacológico y pudo retomar su estudio y logró graduarse. En 2011 se deprimió mientras cursaba en Europa una maestría en vitrinismo, y se regresó de España, no terminó sus estudios, pensaba que no iba a ser capaz de terminar, que no era lo suficientemente buena para lograrlo y regreso a Medellín.

Actualmente está en tratamiento farmacológico, con Lexapro 20 mg, Quetiapina 200 mg, con buena adherencia. Niega consumo de tóxicos, consumo esporádico de licor, consumo de cigarrillo más de un paquete al día.

Historia Personal y Social.

Ana es la mayor de 2 hermanos, durante la infancia fue una niña “normal”, disfrutó la niñez “era feliz”, refiere que la relación con su madre siempre ha sido buena, “siempre cercana, preocupada, entregada, amorosa, sobreprotectora”, también describe a su madre como “sumisa, manipuladora, y que se victimiza”, pero era ella quien la

felicitaba y la reforzaba, tiene una relación conflictiva con su padre, al cual describe como “es un hijueputa”, “le metió cachos a mi mama”, el padre dedicado al trabajo, nunca les negó nada desde lo económico, incluso aún es así, describe al padre como devaluador, y que la comparaba constantemente con su hermano mayor, dice que su hermano es exitoso, próximamente se va a casar, y eso la tiene en crisis.

Ana refiere que era una familia muy unida, salían de viaje, “Mauri y yo éramos muy amigos, jugábamos, compartíamos”, manifiesta que era una niña muy buena estudiante, “me iba muy bien, aunque era muy necia, y hablaba mucho, pero las calificaciones eran buenas”. Ana cree que los problemas empezaron finalizando la niñez, a los 12 años “tal vez los problemas empezaron cuando Mauricio mi hermano se enfermó, le dio un neumotorax y estuvo muy grave, desde ahí empecé a creer que mi mamá quería más a Mauricio, en realidad no sé si lo quería mas en sí, sino que ella era más querida con él”, a partir de ese momento empezó a evitar algunas actividades, y lugares, sin embargo a pesar de ello tuvo una adolescencia “normal”, aunque se describe como una adolescente poco atractiva “siempre fui gorda” nunca tuvo una relación estable ni seria, incluso en algún momento llegó a dudar sobre su orientación sexual, pero esa duda fue despejada rápidamente.

Terminó su bachillerato y se fue a estudiar fuera del país, describe esa época como la más feliz “cuando estaba fuera nadie me conocía, nadie me juzgaba, podía ser como yo, me podía emborrachar y ser libre”, cuando regreso de su intercambio empezó la universidad, inicialmente estudio tres veces ingeniería, pero de las tres oportunidades se

retiró, finalmente estudió diseño, la cual logró terminar, aunque al final de la carrera tuvo algunas dificultades y también pensó en retirarse. Luego Ana se fue a Europa a estudiar una maestría, pero luego de finalizar el primer año, en el periodo de vacaciones pensó que no iba a ser capaz de terminarla y se regresó para Colombia.

Ana se describe como una persona muy organizada, le molesta el desorden y que las cosas no se haga como “debe ser”, no tolera la infidelidad, “porque si uno tiene a alguien no debe tener a otra persona, porque eso no está bien, la gente buena no hace esas cosas”, se molesta cuando cambian el orden de las cosas, siempre ordena su closet y tiene un orden específico para vestirse, para tomar los alimentos, es algo escrupulosa. En el área social se describe como aburrida, solitaria, “pelle”, tiene una buena amiga que se preocupa mucho por ella, pero se ha distanciado, piensa que sus amigos la consideran asocial, aburrida, “torcida”, “abandonadora”, es capaz de describir algunas cualidades propias, se considera querida, charra y conversadora, sin embargo se considera en desventaja pues piensa que “no es muy bonita, no es tan inteligente y muy mediocre”. Cree que es un fracaso porque “nunca he podido terminar nada, porque dejé dos universidades, porque no me fue tan bien en la universidad que sí terminé, porque dejé todo tirado en Barcelona, por que hice las cosas mal y por eso alejé a Andrés, que era mi mejor amigo y el amor de mi vida, porque no puedo conseguir trabajo, no soy tan inteligente como Mauricio, me siento tonta muchas veces”, con respecto de lo afectivo Ana tiene una visión negativa, “que coma mierda la vida no quiero volver a sentir, siempre me cagan”.

Historia Médica.

Antecedentes de obesidad, hipotiroidismo actualmente controlado, dos cirugías bariátricas.

Revisión del Estado Mental.

Paciente que llega a la consulta voluntariamente, orientada en las tres esferas, hipotímica, lábil, con llanto, con cogniciones de desesperanza, niega síntomas psicóticos, anérgica, con dolor muscular, ha tenido ideación de muerte aunque no tiene una idea estructurada de suicidio.

Diagnóstico de Ejes del DSM IV-TR

Diagnostico Multiaxial

Eje I F 33.2 Trastorno depresivo mayor, recidivante moderado

F34.1 Trastorno Distimico

Eje II Z03.2 No hay diagnóstico, Rasgos de personalidad Obsesiva

Eje III E03.9 Hipotiroidismo [244.9]

Eje IV Problemas relativos al grupo primario y problemas relativos al trabajo.

Eje V EEAG al ingreso 56

EEAG al alta 80

Diagnóstico DSM V

Trastorno depresivo persistente, con características melancólicas, de inicio temprano, con episodio de depresión mayor persistente 300.4 (f34.1)

Rasgos de personalidad Obsesivos

Formulación del caso

Precipitantes.

El anuncio de matrimonio de su hermano posiblemente precipitó una nueva recurrencia de la depresión de Ana, aunque ella se siente feliz por su hermano, siente “envidia” porque cree que ella no es capaz de tener una relación estable y casarse, por otra parte en el área laboral Ana se siente inconforme con el trato recibido por su jefe en la empresa, ya que piensa que no valora su trabajo, lo que se convierte en un activador de sus síntomas. Otra situación activadora son las dificultades con su padre que promueven en ella disforia, irritabilidad y hacen que experimenten empeoramiento de su ánimo depresivo.

Visión transversal de las cogniciones y conductas actuales.

La Primera situación problemática es cuando la jefe le atrasa un instalador y no puede cumplirle a un cliente, su pensamiento automático es: “Esta es mucha HP, así no se hacen las cosas”, esto desencadena una emoción de rabia y tristeza, lo que la lleva a llorar y se aísla conductualmente.

Una segunda situación es cuando sueña con Andrés, su ex novio, su pensamiento automático es: “No soy capaz de olvidarlo”, siente tristeza y su conducta es llorar y aislarse (no salir con sus amigos).

Una última situación problemática es cuando Ana visita a la casa de la novia de su hermano, su pensamiento automático negativo es: “Mi hermano es perfecto yo soy pelle, yo no soy capaz de tener una relación” su emoción es de tristeza y rabia y su reacción conductual es llorar y quedarse seria y callada.

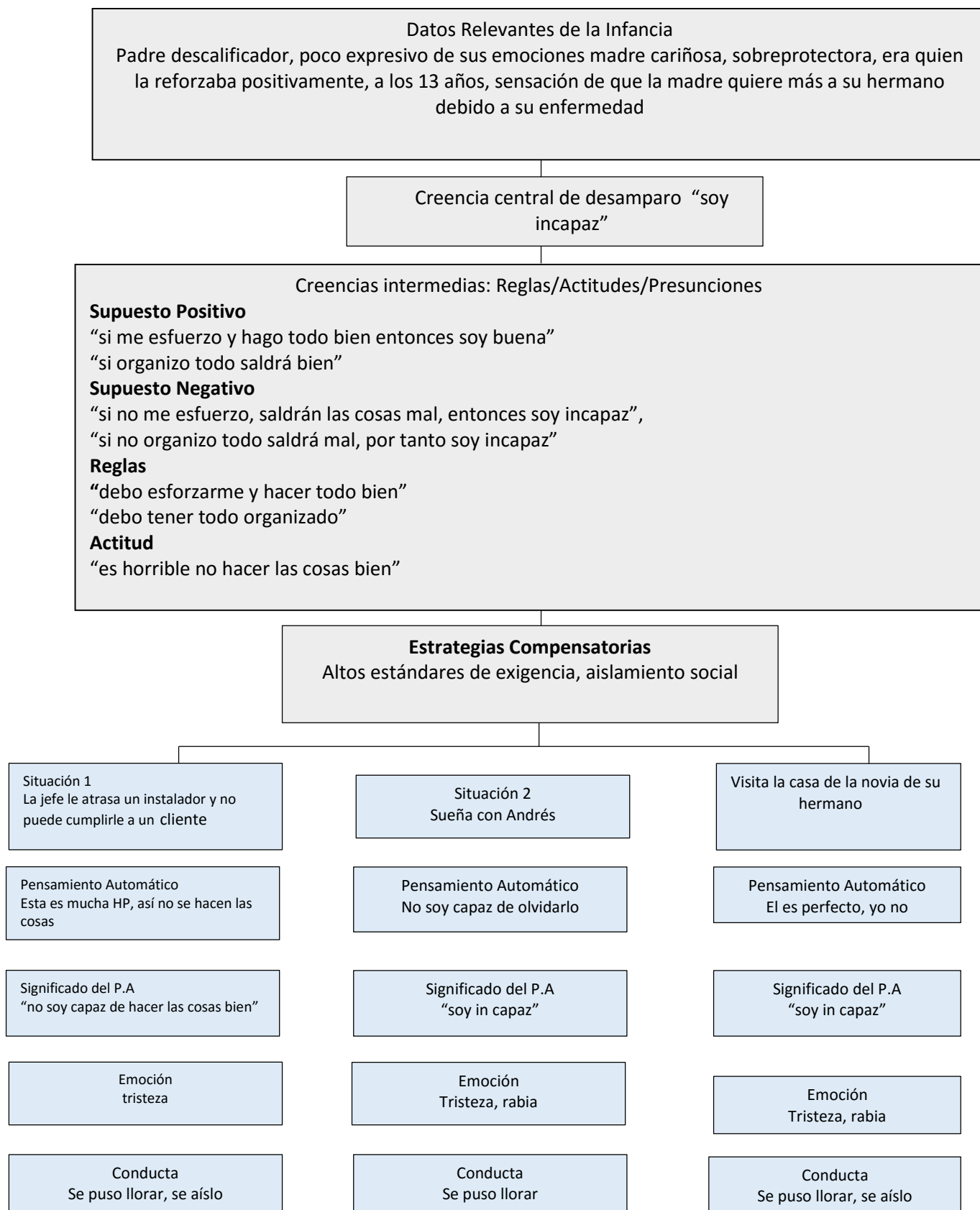
Visión longitudinal de las cogniciones y los comportamientos.

Como eventos relevantes en la vida de Ana se evidencian la sobreprotección por parte de su madre, y devaluación de su padre, quien constantemente la comparaba con su hermano menor, el cual Ana describe que siempre lo ha visto como exitoso, a “todo nivel”, esta situación pudo ir estructurando un esquema de incapacidad, generando una creencia central de: “no soy capaz” lo que ha generado que Ana se perciba: “no tan inteligente”, “no tan linda”, “muy mediocre”, cogniciones que han servido de mantenimiento para la creencia; al mismo tiempo ha desarrollado patrones de conducta auto derrotistas que han perpetuado su creencia central de incapacidad. Ana para hacerle frente a esta creencia ha generado las siguientes reglas “debo esforzarme y hacer todo bien”, debo buscar la aprobación de los demás, debo tener todo organizado. Así mismo desarrollo unos supuestos positivos que le ayudaron a minimizar su malestar: “si me esfuerzo y hago todo bien entonces soy buena”, “si me aprueban quiere decir que estoy haciendo las cosas bien”, “si me asilo no se darán cuenta quien soy” y “si organizo todo saldrá bien”. Cuando sus reglas le fallan se activan los supuesto negativos de: “si no me esfuerzo, saldrán las cosas mal, entonces soy incapaz”, “si me desaprueban quiere decir que estoy haciendo las cosas mal”, “si me conocen se darán cuenta que no soy tan buena” y “si no organizo todo saldrá mal, por tanto soy incapaz”.

De acuerdo con lo anterior, las mayores amenazas de Ana (actitudes) son: “es horrible no hacer las cosas bien, ser desaprobada, ponerme en evidencia y que las cosas no se hagan como se deben hacer”. Ana ha intentado compensar el esquema de incapacidad por medio de unos altos estándares de exigencia, pero al no lograr ser lo “suficientemente buena en todo” se frustra, lo que la ha llevado episodios depresivos mayores recurrentes, y a la distimia. Como consecuencia, las principales estrategias que ha empleado para sobrellevar su malestar, son los altos niveles de autoexigencia, la búsqueda de aprobación, el aislamiento social y la búsqueda de organización y orden.

Esto puede representarse en la figura 1 tomado del Diagrama de conceptualización cognitiva propuesto por J. Beck. (2000).

Figura 1. Diagrama de conceptualización cognitiva propuesto por J. Beck. (2000). Aplicado al caso de una Paciente con depresión doble y rasgos obsesivos de personalidad.



Fortalezas.

Ana presenta un buen nivel intelectual y buen rendimiento en lo que respecta a lo académico y laboral, a pesar de aislarse tiene un grupo de amigos y familiares que la apoyan incondicionalmente, es comprometida con el tratamiento y reconoce de manera crítica su problemática y está dispuesta a realizar lo que sea necesario para mejorar su condición, Ana presenta buena adherencia al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, realiza las tareas y asiste cumplidamente a las sesiones. Hace uso de la terapia como un recurso para mejorar su situación y se encuentra comprometida con el proceso.

Hipótesis de trabajo (resumen de la conceptualización).

Debido a las circunstancias de su niñez y adolescencia, donde fue devaluada y comparada con su hermano y sobreprotegida por su madre, es entendible que Ana llegara a desarrollar el esquema de incapacidad, el cual estuvo latente hasta la adolescencia, cuando renunció a la vida religiosa, y que luego fue reforzado con los múltiples abandonos académicos los cuales activaron el esquema y reforzaron la visión negativa de sí misma.

Para poder funcionar en el mundo Ana estableció rígidos supuestos donde tenía que hacer las cosas perfectas y ser aprobada para sentirse competente y buena, además de buscar un extremo orden en su concepción de mundo y aislarse socialmente para evitar la crítica o la desaprobación. Como mecanismo compensatorio Ana desarrolló entonces unos altos estándares de funcionamiento y la búsqueda de aprobación, y como estrategia

de evitación conductual el aislamiento social, mecanismos que contribuyeron a la autoperpetuación de su creencia nuclear de incapacidad, por lo extremo de las mismas, lo que finalmente contribuye a su estado depresivo recurrente, ya que no logra sus propios estándares. Explicando más a fondo sus mecanismos de autoperpetuación se podría decir, que los estándares inflexibles y la hipercrítica han estructurado una estrategia de afrontamiento que tiene como regularidad el hecho de siempre pensar que debía esforzarse más porque lo que hacía, no era lo suficientemente bueno, por ello en el colegio se esmeraba por ser “excelente estudiante” lo que le fue útil hasta cuando en 11 grado vivió su primer gran fracaso al no lograr llegar a la vida religiosa, la principal estrategia utilizada por Ana ha sido la Evitación comportamental ya que al no enfrentarse a las situaciones que ponen en riesgo el esquema este se reafirma, tal como sucedió cuando cursando el noviciado decidió abandonarlo, porque una Madre superiora le dijo que ella no servía para eso, porque tenía plata y le faltaba humildad, o cuando se retiró de las 2 ingenieras y la Geología, o cuando no terminó el Máster en Europa, lo cual describe como su peor fracaso, esta estrategia de evitación también se evidencia en el aislamiento social de Ana, que la ha llevado a alejarse de su grupo de amigos, a no participar en ninguna actividad social, lo que finalmente la hace pensar que es aburrida, abandonadora, sola, e insatisfecha con su vida.

Plan de tratamiento

Lista de problemas.

Depresión

Aislamiento social.

Altos estándares implacables.

Alta necesidad de control.

Conductas de evitación.

Pensamientos de incapacidad.

Temor a la soledad.

Discusiones frecuentes con su jefe y su madre.

Objetivos terapéuticos.

Disminuir el estado de ánimo depresivo.

Disminuir la auto crítica, y la auto evaluación negativa

Disminuir la pasividad, las conductas de evitación, y aumentar la motivación

Aumentar su interacción social y desarrollar habilidades asertivas.

Flexibilizar sus estándares de funcionamiento y necesidad de control

Aumentar las estrategias de solución de problemas

Modificar su creencia de incapacidad y esquemas asociados.

Construir y fortalecer una creencia más adaptativa.

Plan de tratamiento.

El plan de tratamiento va dirigido a reducir la depresión de Ana, para ayudarla a responder a sus pensamientos automáticos, principalmente los relacionados con la

mediocridad e incapacidad. El plan también va dirigido al aumento de las actividades de dominio y placer, y las actividades sociales, para contrarrestar la evitación conductual. Además, se trabajará entrenamiento en habilidades sociales y algunas técnicas de exposición.

Cuando el síntoma disminuya, se inicia el trabajo para la modificación de los supuestos subyacentes, para luego intentar modificar la creencia central de incapacidad, mientras esto se logra también se está realizando entrenamiento en manejo de emociones y normalización de la situación de la paciente, para disminuir los picos de tristeza acompañados por llanto, debido a que alrededor de la sesión 12 la paciente renunció a su trabajo. También el tratamiento se centró en la implementación de un horario de actividades para impedir que Ana se quedara encerrada en su casa y permaneciera acostada. Debido a lo anterior, se matriculó en un curso de diseño digital de espacios. De manera transversal se trabajó por el cuestionamiento de la utilidad de las conductas de evitación y los estándares implacables. Se implementaron tareas conductuales para disminuir su necesidad de control.

Curso de tratamiento

Relación terapéutica.

La relación terapéutica en términos generales es buena, Ana se caracterizó por ser respetuosa y cumplidora de las tareas, asistió puntualmente a las consultas, aunque tenía una tendencia a tratar de alargar las citas, por lo que se reencuadró y se trabajó con la

agenda estructurada de la sesión. La paciente estuvo dispuesta a seguir las indicaciones del terapeuta y a esforzarse por no abandonar el tratamiento.

Intervenciones y procedimientos.

Inicialmente, se trabajaron técnicas cognitivo conductuales para el manejo de la depresión, donde se comenzó por la psicoeducación, en la cual se explica al paciente los diferentes roles de cada uno en la terapia, también se educa sobre el modelo cognitivo, y la naturaleza de la depresión y el papel de los pasamientos en ella. En estas sesiones se mostró el rol del terapeuta como facilitador y el del paciente como agente activo del cambio. Se le explicó la relación que hay entre lo que piensa, siente y hace, y se introduce el registro de pensamientos automáticos negativos (RPAN), las cuatro primeras columnas. Se inicia con terapia cognitiva concreta donde se trabajó el dialogo socrático, para mostrarle a la paciente en las sesiones, cómo con el cuestionamiento de sus pensamiento automáticos negativos (PAN), podía disminuir el malestar en su estado de ánimo. Se le enseña la categorización de sus pensamientos y a poner a prueba los mismos, para así crear la habilidad de generar pensamientos alternativos más funcionales. Y finalmente se le instruye en la realización de las últimas dos columnas del registro. Durante el inicio de la terapia estas técnicas cognitivas se pusieron al servicio de la disminución de la ideación suicida, además de otras técnicas como razones para vivir y tareas antisuicidio.

Adicionalmente, se trabajaron técnicas conductuales para el manejo de la depresión, como programación de actividades y domino y agrado. Se realizó además

entrenamiento asertivo y desarrollo de habilidades sociales, para disminuir así sus conductas de evitación y mejorar sus relaciones interpersonales. También se realizaron algunas técnicas de exposición gradual a situaciones sociales.

Avanzado el tratamiento, y con la disminución de los síntomas depresivos, se inicia la terapia cognitiva abstracta, donde por medio de la flecha descendente y otras técnicas cognitivas, se identificaron sus creencias principales, y se le presentó la formulación a la paciente, donde se le instruyó en los conceptos relacionados con las creencias. Luego se inició el trabajo para la modificación de creencias intermedias y posteriormente nucleares, con técnicas cognitivas y emocionales tales como: análisis histórico de la creencia, punto contra punto, continuum cognitivo, reestructuración de recuerdos tempranos, entre otras. Posteriormente, para prevención de recaídas, se trabajó con la hoja de creencias y fichas de aviso.

Durante este proceso, se retomaron todas las evidencias a favor de la creencia y posteriormente se identificaron los contra-argumentos para estas evidencias, luego se construyeron todas las evidencias en contra y finalmente la paciente generó una creencia alternativa funcional. Se reforzó la modificación de esta creencia con las demás técnicas mencionadas anteriormente.

Además, durante el proceso, se realizó análisis de ventajas y desventajas frente a sus creencias nucleares e intermedias, al mismo tiempo que de sus estrategias y sus

patrones de conducta autoderrotistas como la postergación, donde además se realizaban tareas graduales.

Obstáculos.

Hasta ahora uno de los principales obstáculos encontrados ha sido la desesperanza aprendida de la paciente, al igual que su estrategia de evitación, ya que hace que haya dejado de asistir a algunas citas importantes en las cuales había logros de puntos neurálgicos. La estrategia de evitación conductual puede ser el principal obstáculo, el cual se confrontó y socializó permanentemente.

Resultados.

A la fecha el proceso terapéutico no ha culminado, hasta ahora se ha logrado disminuir la disforia y el sentimiento de tristeza, se ha logrado resolver alguno problemas en el área laboral y empezar un nuevo proyecto, en el área social Ana volvió a hablar con sus viejos amigos y ha planeado un par de actividades sociales.

Descripción detallada de las sesiones

A continuación se realizará una descripción detallada de algunos fragmentos de las sesiones realizadas en el transcurso del tratamiento, estas son las sesiones 1, 3, 7, 10, y 16 ya que en ellas se logró realizar un trabajo que permitió la identificación de aspectos importantes de la dinámica informacional de la paciente que fueron utilizadas luego en el proceso de estructuración de caso y posteriormente fueron parte fundamental de la intervención.

Primera Sesión

Durante la primera sesión y una vez escuchado el motivo de consulta de la paciente, se empieza a trabajar sobre la generación del vínculo terapéutico, se realiza un encuadre, y se explica a la paciente el modelo cognitivo, además también se busca generar una normalización de la situación y lograr un control emocional, por otra parte se empieza a recoger información relevante acerca de la problemática de la paciente, para con dicha información generar un listado de objetivos.

Terapeuta: Bueno, para empezar me gustaría que estableciéramos un plan de trabajo, esto lo haremos para esta y otras sesiones, me gustaría saber cómo te sientes.

Paciente: Pues no sé, me siento como estancada, confundida, muy triste.

T: y que hace que te sientas así?, eso tiene que ver con el motivo por el cual estas acá?

P: No quiero seguir viviendo así, no logro lo que empiezo, lloro mucho, muchas veces no me quiero levantar, no pelécho estoy estancada.

T: has consultado anteriormente por esto?

P: Si, estoy asistiendo donde la psiquiatra, y también estaba yendo donde otra psicóloga, pero no volví donde ella, sentía que no avanzaba, con la medicación me he sentido un poco mejor.

T: La terapia cognitiva es un proceso estructurado que plantea que no son los hechos los que generar malestar, sino las interpretaciones de las situaciones las que generan el malestar, para ello es importante tener claro cuáles son los problemas que tienes y con ello hacer un listado de objetivos.

P: como así que estructurado?

T: Pues en cada sesión vamos a tener un derrotero de trabajo, esto nos va a permitir no distraernos en cosas circunstanciales, sino que en cada sesión tengamos unos objetivos específicos a trabajar, como por ejemplo, en cada sesión revisaremos tu estado de ánimo, las tareas si las hay, esto lo vamos a construir entre los dos, yo sugiero unos temas y si te parece bien así lo hacemos.

P: ah que bien, porque con la otra psicóloga sentía como que no había un orden, y siempre nos quedábamos como conversando.

T: Cual crees hoy que debería ser el objetivo de la terapia?

P: Pues creo que no sentirme tan triste, tan aburrida...

En este fragmento se muestra parte de la cita donde se continuó el trabajo de la socialización del modelo, con el fin de que la paciente comprendiera la relación que existe entre sus pensamientos, emociones y conductas. Se tomaron ejemplos de su vida

cotidiana presente y se pusieron a prueba algunos pensamientos automáticos negativos (PAN), relacionados con su ideación suicida. Se trabaja además por encontrar razones para vivir y postergar el acto, se realiza un convenio donde ella acepta la postergación del hecho. Al finalizar la sesión se envía como tarea el registro de pensamientos automáticos (las tres primeras columnas) que se explicó durante la sesión. Esto se realizó luego de haber completado la anamnesis. Al hacer la evaluación del riesgo suicida, se observa que no tenía plan estructurado, ni intentos previos, por lo que se consideró riesgo bajo, más cuando se identificó que una de sus ideas perfeccionistas era “así no se deben hacer las cosas”.

Tercera sesión

En las sesiones anteriores se ha trabajado sobre la relación terapéutica, el establecimiento de objetivos, la identificación de emociones negativas, en esta sesión se explicó a la paciente la importancia del registro de pensamientos automáticos disfuncionales, con sus cinco columnas.

Terapeuta: Como te dije en sesiones pasadas, no son los hechos los que te afectan, si no las interpretaciones que de ellos hagas, y estos se ven reflejados en tus pensamientos, mucho de ellos son automáticos, negativos y distorsionados, sin embargo tú los vives como verdades irrefutables, vamos a aprender cómo identificarlos y cómo reestructurarlos.

Paciente: Esta bien, creo que siempre pienso muy mal de mí, y de la vida.

T: Se entrega cuadro de pensamientos automáticos disfuncionales y se explica. Es muy importante que trates de realizar juiciosamente esta tarea, durante la semana vas a

llenar el cuadro, vas a hacer énfasis en las situaciones que te hacen sentir mal, no olvides poner lo primero que se te venga a la cabeza, tal cual, sin tratar de pensar como es la forma correcta de hacerlo.

P: ¿Entonces cada vez que me sienta mal voy a escribirlo?

T: Si pero vamos a hacer énfasis en los que te genera un malestar mayor a 70 como el ejercicio de la sesión anterior.

P: ¿Me puedes explicar cómo hacerlo?

T: bueno vamos a hacer un ejemplo acá con una situación ocurrida durante la semana y que te haya generado mucho malestar.

Se realiza el ejemplo, donde al introducir las preguntas socráticas, ella misma observa como baja su emoción.

P: Ah, bueno no es tan difícil, yo pensé que no iba a ser capaz de hacerlo, a veces se me confunde el pensamiento y la emoción.

T: No importa, suele suceder, se realiza nuevamente psicoeducación sobre las emociones y la categorización de sus pensamientos.

En esta sesión, al inicio se realizó control del estado de ánimo, evidenciando mejoría subjetiva, el objetivo de la sesión, de reestructuración de los PAN para continuar modificando su estado de ánimo, se fue cumpliendo paulatinamente. En esta sesión se evalúa que la ideación suicida ha bajado significativamente. Como tarea se continua con la realización del registro de pensamientos automáticos negativos (completo) y se envía registro de actividades de domino y agrado para continuar a nivel conductual el manejo de su depresión.

Séptima sesión

En las sesiones anteriores se identificaron algunas creencias o esquemas desadaptativos y estrategias de mantenimiento esquemático, por ello se aplicó la prueba YSQL2, en la sesión anterior, para verificar la presencia de las mismas, en la sesión de hoy se va a realizar análisis y devolución de los resultados de la prueba, al mismo tiempo que descubrimiento guiado.

Terapeuta: Para hoy vamos a ver y analizar los resultados de la prueba que realizaste, te voy a decir cuáles fueron los puntajes más altos y vamos a discutir sobre ello, para que me digas que piensas al respecto:

Paciente: Jorge, Haciendo la prueba sentía que todo me salía, no sé por qué, ¿cierto que estoy muy loca?

T: Todos tenemos esquemas y estos se van activando de acuerdo a las situaciones que vayan ocurriendo y a nuestro estado de ánimo, como tú has estado deprimida, crees que muchos de ellos están mal, sin embargo no es así, solo algunos de ellos tienen puntajes muy altos, y tienen relación con la forma como te relacionas contigo misma, con el mundo y con los otros.

P: De todas formas yo pienso que me salen todos, no mentiras estoy exagerando, hay algunas cosas que yo sé que no soy y que no tengo.

T: Muy bien, hablemos sobre los puntajes altos, mira: Estándares Implacables, aislamiento social y fracaso. Esto es lo que veníamos hablando sobre las creencias, recuerdas tu creencia nuclear?

P: si, la de incapacidad?

T: si, es por esto que te salen altos estos esquemas, ya que como vimos en sesiones anteriores, para no sentir el malestar de tu creencia, desarrollaste una autoexigencia alta, que corresponde a este esquema de estándares implacables, y como una forma de evitar sentirte expuesta, optaste por aislarte socialmente.

P: si vez es que yo soy muy pelle, yo sabía que me iba a ir mal en esa prueba, siempre es la misma cosa.

T: los resultados no son bueno ni malos, simplemente nos muestran la forma como tu estas acostumbrada a enfrentar las situaciones, y eso lo que hace, es que entres en un círculo vicioso que va a perpetuar lo que piensas, y como ya sabes, lo que piensas de ti incide directamente en cómo te sientes y también determina la forma como te comportas, por tanto saber que tienes esta forma de enfrentar la situaciones es muy positivo, porque nos va a permitir tratar de encontrar una nueva y más adaptativa forma de hacerlo.

P: Si ya se eso, ¿pero por qué lo sigo haciendo de esa forma?, ¿me quieres decir que yo mismo me pongo zancadilla?

T: Te acuerdas de lo que te explique de la economía del sistema? Ese es uno de ellos, recuerdas como se llama?

P: Si el de la profecía, que yo misma sin darme cuenta hago que las cosas salgan mal para seguir en las mismas y seguir creyendo lo mismo de mí.

T: Exacto, pero ya tienes claro cuáles son algunas de las principales estrategias que has utilizado, y cada vez que lo haces, eso te sirve para reforzar tu esquema de que no eres capaz, por eso te pones metas tan altas, y cuando no las alcanzas o crees que no las

vas alcanzar prefieres evitar aislándote, lo que finalmente lo único que te lleva es a que pienses que eres un fracaso, que eres incapaz. Pero sobre ello vamos a trabajar.

P: ah, qué bien, ya entiendo, y yo creo que eso es lo que me pasa, por eso me exijo tanto, porque si no lo hago, pienso que soy mediocre, y que no voy a ser capaz, ya entiendo como mis pensamientos negativos distorsionan lo que quiero hacer.

En esta sesión se da más claridad a la hipótesis de trabajo, sin embargo durante las sesiones anteriores se realizaron técnicas conductuales y cognitivas para continuar disminuyendo sus síntomas depresivos, que para este entonces, habían alcanzado un nivel bajo y su ideación suicida había desaparecido.

Décima sesión

Durante el transcurso de la sesiones se identificó, que la depresión no era el único problema, también la cotidianidad le presentaba a la paciente una serie de situaciones que se convierten en problemas y a ella se le dificulta enfrentarlos. En la presente sesión se trabajó sobre técnicas de análisis de ventajas y desventajas de su estrategia de afrontamiento, y se inició entrenamiento asertivo.

Terapeuta: Me habías contado, que a veces se te presentan situaciones que no sabes cómo resolver, y muchas veces decidías mejor evitarlas, hoy vamos a hablar sobre ello, por ejemplo algo ocurrido en tu trabajo

Paciente: que bien Jorge, eso me agobia mucho, pues la mayoría de veces no seque hacer, pienso que haga lo que haga las cosas van a salir mal

T: muy bien, vamos a hacer una tabla de ventajas y desventajas y un análisis de consecuencias, toma papel y lápiz y escribe una situación problemática

P: escribe la situación en la que el jefe manda a uno de sus instaladores a realizar un trabajo que no estaba programado, e hizo que ella quedara mal con un cliente, pero ante lo cual no hizo nada, simplemente se puso a llorar, y pensó en renunciar

T: Bueno, ya escribiste la situación, ahora escribe como la enfrentaste, es decir lo que hiciste, y luego escribe lo que te hubiera gustado hacer.

P: Pues me quede callada, me fui para el carro como una boba a llorar, lo que me hubiera gustado hacer hubiera sido llamarla y decirle que era una descarada, que como me cambiaba los instaladores sin tenerme en cuenta, que me respetara, y que se quedara con su empresa que yo me iba para la mierda.

T: ¿Y eso hubiera solucionado el problema?, ¿crees que era la forma más adecuada de hacerlo?

P: Pues no, yo sé que no, además no soy capaz, pero Jorge tenía tanta rabia...

T: Ya esa situación la analizamos en el cuadro de pensamientos automáticos disfuncionales y sabes que la emoción que sentiste es principalmente porque activa un contenido esquemático,(es necesario hacer control emocional), pero ya con la emoción regulada cual crees que debería ser la forma más adaptativa de enfrentar esa situación?

P: lo mejor hubiera sido llamarla y preguntarle el motivo por el cual estaba moviendo mi instalador sin informarme, y explicarle que yo ya tenía un compromiso previo con otro cliente, y no hacer el berrinche que hice.

T: Muy bien entonces pon en el papel las posibles ventajas y desventajas de las dos formas de enfrentar la situación. En una columna hablar con la jefe y explicarle la situación, y en otra hacer berrinche y renunciar

P: escribe las dos columnas

T: Ahora debajo de ellas, escribe todas las ventajas de cada una de las opciones

P: La paciente escribe con dificultad las ventajas de las dos opciones, es necesario hacer preguntas para guiar a la paciente

T: Muy bien, ahora escribe frente a las ventajas las desventajas de cada una de las dos opciones

P: realiza los listados, es necesario hacer una serie de preguntas para que encuentre la mayor cantidad de ventajas y desventajas de las dos opciones.

T: Muy bien, ahora lo que vas a hacer es que le vas a poner una calificación de 0 a 10 a cada una de las ventajas según la importancia que crees que tiene cada una de ellas, y cuando lo termines vas a hacer lo mismo con las desventajas.

P: Bueno, realiza con dificultad la calificación, pero la termina.

T: Ahora entonces vamos a sumar los valores de las ventajas, y cuando lo hagas sumas los valores de las desventajas, y analizamos el resultado.

P: lo realiza, pero así es muy fácil, lo difícil es hacerlo en el momento, por que me lleno de rabia.

T: Entiendo que te de rabia, pero recuerda que estas situaciones son precisamente las que activan tus pensamientos automáticos y el contenido emocional de tus esquemas y ya hemos hablado sobre ello, recuerda, no es la situación, sino la interpretación que de ella hagas, ¿qué resultado te dio?, ¿cómo podrías afrontar a futuro una situación similar?

P: Obvio, las ventajas de haber hablado tranquila con mi jefe y explicarle la situación, me dio un puntaje más alto, pero es muy difícil.

T: ¿Entonces qué vas a hacer la próxima vez que te ocurra algo similar?

P: pues voy a intentar detenerme a pensar, disminuir la emoción, analizar ventajas y desventajas y después actuó.

En esta sesión se introdujo también la psicoeducación para el entrenamiento asertivo, donde se le explicó el concepto y los estilos interpersonales y se le envió un documento sobre asertividad para que realice la lectura.

Vale la pena aclarar que para esta sesión ya se había iniciado la reestructuración de la creencia nuclear, con la técnica de comprobación histórica de la creencia, y se identificaron los antecedentes que contribuyeron a la formación de la misma, y el análisis de todas las evidencias desconfirmatorias de la creencia. Al mismo tiempo que otras técnicas cognitivas.

Décima sexta Sesión

A lo largo del proceso se encontró que una de las estrategias más usadas por la paciente es el aislamiento social, lo que la ha llevado a encerrarse en su casa, principalmente debido a la disminución de la capacidad de disfrute como consecuencia de la depresión, y a sus rasgos de personalidad que le hacen evitar la exposición, en esta sesión se trabaja una programación de actividades de ocio y de disfrute para que la paciente empiece a re experimentar placer, y a exponerse.

Terapeuta: Como lo hablamos en la sesión anterior, hoy vamos a trabajar sobre una estrategia de control y programación de actividades, ya que después de haber renunciado a estas pasando mucho tiempo en la cama, y me has manifestado desmotivación y desinterés por hacer casi cualquier cosa diferentes de ver televisión y estar acostada, entonces debemos construir un cuadro de las actividades que vas a hacer durante la semana, incluso si no las disfrutas mucho

Paciente: bueno, como lo hacemos.

Terapeuta: lo primero que vamos a hacer es un listado de las cosas que te gusta hacer, en esa lista vas a poner las cosas que te generan más placer, diferente de estar en la cama viendo tv, eso lo vamos a utilizar como un reforzador, es decir cada vez que cumplas con las otras actividades vas a poder disfrutar de ese espacio, además van a ser cosas diferentes del curso de diseño de espacios al que te matriculaste.

Paciente: (piensa un momento) y dice, me gustaría ir al gimnasio, y volver al estadio, también encontrarme con mis amigos, pero ellos no me buscan.

T: vamos a ver que gimnasios hay cerca de tu casa y cuáles son los horarios, además busca cuando es el próximo partido de Nacional de local.

P: (Busca en internet ubicación y horario de gimnasios), listo puedo ir a este, a estos horarios, (brinda la ubicación y horario de los gimnasios), y el partido es, (da las fechas los partidos)

T: Y con respecto de la salida con los amigos qué?

P: Lo difícil es que con mi actitud, ellos se alejaron, y de pronto ya no van a querer salir conmigo

Terapeuta: Es importante lo que me dices, ya que sabes que parte del alejamiento de ellos, tuvo que ver con tu actitud, sin embargo sabes que tus amigos no te buscan no por que no quieran estar contigo, sino porque desde hace algún tiempo, tu no les contestas el teléfono, los evitas, o cuando te invitan tú dices que no, recuerda que las conductas no son de aparición espontanea, sino que están precedidas de los antecedentes, si ellos te llaman y siempre encuentran una negativa que crees que van a pensar si te vuelven a llamar?

Paciente: ah, pues que yo no les voy a contestar, o que le voy a decir que pereza...

Terapeuta: y entonces qué esperas que ellos hagan?

Paciente: pues sí, yo sé que por eso ellos ya piensan que yo no quiero estar con ellos, y por eso no me invitan, pero a mi si me gustaría, pero ya no lo hacen.

T. Entonces qué crees que debes hacer?

P: ¿llamarlos?, no Jorge, para que, de pronto me hacen un desplante.

T: que evidencias tienes para demostrarme que si los llamas te harán un desplante, acaso te ha ocurrido antes?

P. pues no ninguna, por el contrario, ellos me buscan y yo soy la que me escondo, y siempre que los llamo ahí están

T: te das cuenta que está pasando?

P: Ay sí, lo que siempre me dices, de mi estrategia de mierda, pero entonces qué hago.

T: qué crees que deberías hacer?

P: Porqué tú no me dices que hacer, tú eres el psicólogo.

T: crees que mi función es decirte que hacer? Que te parece si empleas la asertividad?

P: Te odio, eres un hp, siempre me toca a mí decidir, y si te sigo diciendo, me va a seguir contestado, crees que es mi función, crees que me toca a mí, que crees que deba hacer, yo ya se lo que me toca hacer pero no quiero, me da miedo, (la paciente llora).

T: Silencio.

P: después de un rato está bien lo voy a llamar a ver qué pasa. Hagamos el ejercicio juntos, como otras veces, para ensayar qué decir.

En esta sesión después de haber logrado el descentramiento, se realizó juego de roles para que la paciente tuviera la habilidad para contactar a sus amigos.

Marco conceptual de referencia

Trastorno depresivo

Definición.

De acuerdo con Vásquez, Muñoz y Begoña (2000), la depresión hace parte de los trastornos del estado de ánimo, definida por cambios en el ánimo y el afecto, siendo ánimo el estado emocional subjetivo del individuo y el afecto la parte observable u objetiva. La depresión, según el Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición, versión revisada (2003) está caracterizada por un bajo estado de ánimo persistente, tiempo durante el cual el individuo puede experimentar tristeza, irritabilidad, pérdida de interés o placer por realizar actividades que anteriormente le generaban satisfacción. También puede presentarse alteraciones del sueño o del apetito y pérdida de energía o fatiga.

De acuerdo con lo anterior, los síntomas de la depresión abarcan diferentes áreas: cognitiva, conductual, emocional y fisiológica. Además pueden presentarse en distintos grados: ligero, moderado, grave no psicótico, con características psicóticas, en remisión parcial y en remisión total.

Estos síntomas suelen repercutir de manera considerable en la vida cotidiana del individuo, ya sea personal, familiar, social o laboralmente.

De acuerdo con el DSM IV-TR (2003) los criterios que se deben cumplir para el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor son:

Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica general.

Una de las patologías asociadas al Trastorno depresivo mayor es el Trastorno distímico. Según las investigaciones expuestas en el DSM IV-TR (2003):

El trastorno depresivo mayor puede ir precedido por un trastorno distímico (en un 10 % en estudios epidemiológicos y en un 15-25 % en población clínica). También se estima que cada año aproximadamente el 10 % de los sujetos con un trastorno distímico iniciarán un primer episodio depresivo mayor (p. 347).

Por lo anterior es importante tener en cuenta los criterios diagnósticos del trastorno distímico ya que es difícil establecer en la práctica una distinción clara, dado que presentan síntomas similares diferenciándose únicamente en gravedad y

temporalidad. Se tiene entonces que los criterios diagnósticos del trastorno distímico, de acuerdo al DSM IV-TR (2003) son:

Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

Pérdida o aumento de apetito.

Insomnio o hipersomnia.

Falta de energía o fatiga.

Baja autoestima.

dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.

Sentimientos de desesperanza.

Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma

significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Para dar explicación a la presentación de estas patologías, especialmente el trastorno depresivo mayor, algunas corrientes teóricas han presentado sus posturas. A continuación se puede hallar una breve descripción de las teorías explicativas más importantes.

Teorías explicativas

Teorías conductuales.

Alrededor de 1953, Skinner plantea una serie de postulados que buscan darle explicación al surgimiento de la depresión. Sus explicaciones se centran en el sistema de reforzamiento de la conducta, frente a lo cual el autor expone:

“Cuando el refuerzo deja de aparecer, el comportamiento sufre «extinción» y aparece escasamente, si es que aparece. Entonces se dice que la persona sufre una pérdida de confianza, de certeza o de sentido de poder: sus sentimientos van desde la falta de interés, pasando por la decepción, el desánimo y el sentido de impotencia, hasta la depresión profunda...” (Skinner, 1953, p. 57)

De acuerdo con esto, “la depresión sería el resultado de un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de secuencias establecidas de la misma que habían sido reforzadas positivamente por el ambiente social” (Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 2007, p. 493).

Plantear la depresión como un fenómeno de extinción y reducción de la frecuencia de emisión de la conducta ha sido el punto de partida de la mayoría de teorías explicativas conductuales de la depresión. Dentro de dichas teorías vale la pena resaltar la teoría de disminución del refuerzo positivo de Lewinsohn, modelo de autocontrol de Rhem y el modelo de Nezu.

Teoría de disminución del refuerzo positivo de Lewinsohn.

Inicialmente, esta teoría expuesta por Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger. (2007) planteaba “que una baja tasa de refuerzo positivo contingente a la respuesta constituía una explicación suficiente de ciertos aspectos del síndrome la depresión, especialmente de la baja tasa de conducta” (p. 494). Adicionalmente, proponen tres hipótesis que buscan ampliar esta posición conductual, (Lewinsohn, Gotlib & Hautzinger, 2007, p. 494):

Hay una relación causal entre el bajo refuerzo positivo y la sensación de disforia.

Hay un mantenimiento de la conducta depresiva por medio de las contingencias sociales, que suelen darse por medio de simpatía, interés y preocupación.

El déficit en habilidades sociales, influye de manera importante en la tasa de refuerzo positivo.

Dado que la base inicial de este planteamiento radica en la baja tasa de refuerzo positivo, estos autores proponen tres factores que podrían explicar esta situación:

Deficiencia en el repertorio conductual o habilidades del sujeto.

Déficit de refuerzos potenciales en el ambiente.

Disminución de la capacidad de disfrutar de las experiencias positivas o aumento de la sensibilidad ante las negativas.

Hasta este punto la teoría contaba con dos puntos centrales: la disminución del refuerzo social debido al poco repertorio conductual el individuo, es decir, por el déficit en sus habilidades sociales, y el mantenimiento de la conducta deprimida debido que el mismo ambiente social busca responder con conductas de simpatía, interés y preocupación (Lewinsohn, Gotlib & Hautzinger, 2007).

Finalmente, luego de estos postulados, Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger (2007), consideraron que las teorías conductuales que buscaban explicar la depresión eran bastante limitadas e inexactas, por lo cual plantean un modelo donde la depresión es considerada como el producto de la interacción de elementos ambientales y disposicionales. En resumen, los autores plantean que hay una cadena de acontecimientos que tienen como resultado la aparición de la depresión. Inicialmente se tienen los factores antecedentes del riesgo (A), que son los que iniciaran el proceso depresogénico, alterando las conductas adaptativas (B), siendo estos patrones conductuales necesarios para la interacción ambiental, podrían afectar las relaciones personales y las actividades laborales (C). Dicha alteración, puede llegar a desencadenar una reacción emocional negativa que al unirse con la incapacidad de invertir el impacto de los estímulos estresantes, llevan a un aumento considerable de la conciencia de uno mismo (D), lo que a su vez genera la sensación de fracaso, incrementando los síntomas cognitivos, conductuales y emocionales de la depresión (E). Este aumento considerable de los síntomas depresivos, hace que la información negativa sea procesada con mayor facilidad. Todo esto tiene como resultado final que en el individuo se ve disminuida su confianza para afrontar el ambiente.

Modelo de autocontrol de Rehm.

El modelo de autocontrol propuesto por Rehm alrededor en la década de los 70's plantea tres déficits que integran tanto aspectos cognitivos como conductuales. El primer déficit es la autoobservación, el autor explica que los individuos deprimidos tienden a

tomar del ambiente y de las contingencias de sus propias conductas la información negativa, prestando especial atención a las consecuencias inmediatas de la conducta, disminuyendo la importancia de los resultados a largo plazo (Lewinsohn, Gotlib & Hautzinger, 2007).

El segundo déficit tiene que ver con la autoevaluación. El individuo deprimido, de acuerdo con el autor, tiene la tendencia a establecerse patrones de conducta altos y poco realistas, que al ser comparados con el repertorio de conductas emitidas, tiene como resultado una evaluación de sí mismos negativa y sobregeneralizada. A esto se le añade una distorsión en la causalidad de los resultados, depositando la mayor parte de la responsabilidad del resultado negativo o del fracaso en sí mismos (Lewinsohn, Gotlib & Hautzinger, 2007).

El tercer déficit, se centra en la autorrecompensa. El autor postula que las personas deprimidas centran su atención en los aspectos negativos de su entorno, además ante la emisión de determinadas conductas no se proporcionan el suficiente refuerzo contingente a la conducta, por el contrario su nivel de autocastigo si tiende a ser elevado. Esto tiene como resultado final una disminución en la emisión de conductas (Lewinsohn, Gotlib & Hautzinger, 2007).

En conclusión, “la teoría del autocontrol se centra en la contribución del individuo a la relación negativa a través de las respuestas conductuales y cognitivas. Se teoriza que los individuos deprimidos tienen una tendencia perfeccionista, pretenden

metas inalcanzables, se centran en los aspectos negativos de su entorno y se aplican pocos refuerzos mientras que la tasa de autocastigo es elevada” (Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000, p. 425).

Teorías cognitivas.

Los modelos cognitivos plantean como punto central para el desarrollo de un trastorno depresivo la interpretación errónea de los eventos que afectan al individuo, es decir, hay un sesgo en el procesamiento de la información que tiene que ver con los eventos, la interacción con el otro y el sujeto mismo, este procesamiento erróneo de los eventos repercute a su vez en procesos motivacionales y afectivos, posibilitando la aparición de sintomatología depresiva (Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000; Freeman y Oster, 2007).

Los principales modelos cognitivos que buscan explicar el trastorno depresivo son la teoría de la indefensión aprendida de Martin Seligman y la teoría cognitiva de Aaron Beck.

Teoría de la indefensión aprendida.

En palabras de Vásquez, Muñoz y Becoña (2000), el término indefensión aprendida hace referencia “al estado de pasividad, así como a otras actitudes que se

generan en el sujeto cuando se ha expuesto a un proceso en el que no existe contingencia entre la conducta y las consecuencias de la misma” (p. 426).

Inicialmente la teoría de Seligman se basa en uno de los postulados de las teorías del aprendizaje el cual afirma que “cuando una persona o un animal se enfrentan a un acontecimiento que es independiente de sus respuestas, aprenden que ese acontecimiento es independiente de sus respuestas” (Seligman, 1981, p. 74), esto implica una disminución en la emisión de conductas, ya que no hay una percepción, o expectativa, de control sobre el resultado que pueda tener una respuesta ante una situación. Seligman (1981) plantea tres elementos base de su teoría:

- Información sobre la contingencia.
- Representación de la contingencia (aprendizaje, expectativa, percepción, creencia).
- Conducta.

El primer elemento tiene que ver con la información que el sujeto obtiene de la contingencia existente entre una respuesta y un resultado, siendo esta información dada por el ambiente. El segundo elemento tiene que ver con la representación cognitiva que el individuo hace de la contingencia, que aunque ha recibido diferentes nombres, el autor resalta el término expectativa ya que se encuentra relacionado con el aumento o disminución de la motivación para la emisión de determinada conducta (Seligman, 1981).

Luego de este planteamiento, Abramson (como se citó en Vasquez, Muñoz y Becoña, 2000) buscó reformularlo, haciendo mayor énfasis en la explicación que el individuo hace de la causa de la falta de control de las contingencias entre la respuesta y el resultado.

Abramson propone que las “atribuciones pueden variar en alguna de las siguientes dimensiones: interna-externa, global-específica y estable-inestable” (como se citó en Vasquez, Muñoz y Becoña, 2000, p. 426).

Los factores internos se refieren a si el individuo hace la atribución sobre sí mismo, los estables a elementos irreversibles y los globales cuando la explicación se realiza de manera generalizada, buscando abarcarlo todo (Vasquez, Muñoz y Becoña, 2000).

Finalmente, y de acuerdo con el autor, “estas tres dimensiones determinan el efecto sobre la autoestima, la cronicidad y la generalidad de la indefensión y la depresión (Abramson et al., 1978)” (como se citó en Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000, p.426)

Teoría cognitiva de Beck.

De acuerdo con Freeman y Oster (2007), la depresión constituye una problemática común a diversas culturas, siendo esta una respuesta a un estímulo estresor externo o un patrón de respuesta de un individuo al medio. Así mismo, puede presentarse de manera única o como patrón recurrente de respuesta, pasando por diferentes niveles de gravedad.

Buscando una respuesta a esta problemática, se ha tomado como base explicativa el modelo de diátesis – estrés, en el que se plantea que los acontecimientos de la vida, los pensamientos, las conductas y los estados de ánimo están interrelacionados y se influyen de manera recíproca. Es decir, “las cogniciones, las conductas y los estados de ánimo tienen funciones de retroalimentación y de alimentación hacia adelante en un complejo proceso de procesamiento de la información, de regulación conductual y de motivación.” (Freeman y Oster, 2007, p. 544).

Partiendo de esta premisa y de los hallazgos obtenidos de diferentes investigaciones y observaciones, Beck y Cols (2010) han desarrollado un modelo cognitivo de la depresión. Este modelo postula tres conceptos explicativos específicos:

La triada cognitiva

Los esquemas

Los errores cognitivos o errores en el procesamiento de la información.

La triada cognitiva.

Está definida por tres patrones cognitivos que hacen que un individuo interprete sus experiencias y su futuro de manera particular y que no necesariamente coinciden con la explicación lógica o real.

De acuerdo con Beck y Cols (2010), “el primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo” (p.20). Esta visión hace que el

individuo atribuya todas sus experiencias desagradables como consecuencia de algún defecto propio, ya sea físico, laboral o mental. Lo cual a su vez va formando una creencia y como consecuencia de esta el paciente siente que es inútil y que carece de valor, instaurando conductas y pensamientos en los que tiende a subestimarse y a criticarse a sí mismo, considerando que no cuenta con las cualidades necesarias para alcanzar sus objetivos.

El segundo componente de la triada cognitiva hace referencia a la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Esta interpretación se hace evidente en la manera como asimila sus vivencias, hallando explicaciones en las que es el entorno quien le rodea de obstáculos para alcanzar sus objetivos, constituyendo así una relación de fracaso con el ambiente, que puede llegar a influir en una constante interpretación negativa a pesar de que existan alternativas más probables (Beck y Cols, 2010).

El tercer componente hace referencia a la visión negativa del individuo acerca de su futuro. Cuando una persona negativa se plantea una meta o proyecto al corto y mediano plazo, tiende a anticipar gran cantidad de obstáculos y fracasos (Beck y Cols, 2010).

De acuerdo con esta triada cognitiva, afirma el autor que “el modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de

los patrones cognitivos negativos” (Beck y Cols, 2010, p. 20). Lo cual le permite explicar las creencias y los síntomas motivacionales y físicos.

Esquemas.

El término esquema hace referencia a un patrón cognitivo estable que constituye la base para el procesamiento de la información y la codificación de los estímulos. Los esquemas permiten explicar determinados patrones de respuesta ante ciertas situaciones (Beck y Cols, 2010). Dichos esquemas se van formando en las etapas iniciales de vida y en medio de situaciones de gran carga emocional (Freeman y Oster, 2007).

Los esquemas son activados ante determinados estímulos y situaciones, que a su vez posibilitan que el individuo emita ciertos repertorios conductuales. Existen diferentes tipos de esquemas, éstos se irán activando de acuerdo al estímulo al que se deba enfrentar el individuo y su similitud con el que facilitó la formación de dicho esquema (Freeman y Oster, 2007).

En el caso del depresivo, la rigidez del esquema estará relacionada con la cronicidad de depresión. Es decir, un individuo con una depresión leve puede llegar a identificar lo erróneo de su procesamiento, mientras que en la depresión más crónica el sujeto puede estar totalmente inmerso en su estilo de procesamiento (Beck y Cols, 2010).

Errores en el procesamiento de la información.

El tercer elemento del modelo cognitivo de Beck está conformado por una serie de “errores sistemáticos” en el procesamiento de la información que hacen que el individuo

valide sus creencias y conceptos negativos a pesar de que el ambiente evidencie lo contrario. De acuerdo con Beck y Cols. (2010), claramente explicado por Freeman y Oster (1997), las principales distorsiones cognitivas son:

- Inferencia arbitraria: Este error se da cuando el individuo llega a determinadas conclusiones a pesar de que las evidencias no la apoyen o la contradigan.
- Abstracción selectiva: se presenta cuando un individuo toma de las situaciones sólo la información que está en consonancia con su esquema, desconociendo o ignorando el resto de los acontecimientos.
- Generalización excesiva: hace referencia a la creación de una premisa a partir de una situación específica, la cual es aplicada para diferentes eventos aunque no estén relacionados o no tengan similitudes con el evento original.
- Maximización y minimización: “ocurre cuando la persona atiende en exceso a, y exagera la importancia de, aspectos negativos de la experiencia y descarta o infraestima la relevancia de la experiencia positiva” (Freeman y Oster, 2007, p. 547).
- Personalización: consiste en una atribución inadecuada de los eventos negativos, descargando la causa principal sobre sí mismo desconociendo los factores externos.
- Pensamiento absolutista, dicotómico: se presenta cuando el individuo sólo utiliza dos categorías opuestas para evaluarse y evaluar los eventos.

Basado en estos tres elementos (triada cognitiva, esquemas y errores cognitivos o errores en el procesamiento de la información), Beck formula un modelo de intervención desde la terapia cognitiva, la cual parte del supuesto teórico de que las conductas de un individuo están determinadas por la forma como éste estructura su mundo.

Terapia cognitiva en depresión

La terapia cognitiva es un procedimiento que busca disminuir el malestar de los individuos que desarrollan algún tipo de alteración a nivel mental, sea ansiedad, depresión, fobias o cualquier otra clase de patología, propiciando un ambiente de colaboración, generando a la vez en los pacientes una actitud activa ante su situación. Respecto a esto, afirman Freeman y Oster (2007) que uno de los principales objetivos de la terapia es:

“que la persona adquiriera la capacidad de abordar las cogniciones y conductas por sí misma, el curso de la terapia tiene que empezar con, y ver un aumento de, la capacidad para establecer la dirección, el contenido y el ritmo de la terapia” (p. 552).

Para el caso específico de la depresión, Vasquez, Muñoz y Becoña (2000), plantean que “los principales objetivos de la terapia cognitiva para la depresión son los pensamientos automáticos negativos que mantienen la depresión y los esquemas que han predisposto al paciente al trastorno (Kwon y Oei, 1994; Robins y Hayes, 1993)” (p. 434).

La terapia cognitiva se vale de diversas estrategias, tanto cognitivas como conductuales, para alcanzar sus propósitos. El principal objetivo de las cognitivas se centra en el abordaje de los elementos que influyen de manera negativa en los pensamientos y cogniciones del individuo. Lo que se busca es “poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos” (Beck y Cols, 2010, p. 14), esto se logra por medio del uso de determinadas técnicas, dentro de las que vale la pena señalar (Beck y Cols, 2010, p.14):

- Control de pensamientos automáticos
- Identificar de la relación entre cognición, emoción y conducta.
- Examinar las evidencias que prueban o no los pensamientos distorsionados.
- Generación de pensamientos alternativos.
- Identificación y modificación de falsas creencias.

Respecto a las técnicas conductuales, su uso se destina de manera especial para los pacientes que requieren una activación, es decir, una modificación de conductas lo que a su vez repercutirá de manera importante en las cogniciones asociadas a un repertorio conductual específico (Beck y Cols, 2010). Dentro de los materiales que pueden ser utilizados se encuentran: Cuestionario de actividades semanales, Cuestionario de dominio y agrado, Asignación de tareas graduales, entrenamiento en asertividad y role playing (Beck y Cols, 2010).

Finalmente, la terapia cognitiva descrita por Beck cuenta con dos características específicas: la estructura de las sesiones y el tipo de problemas en los que se centra. Las sesiones están estructuradas de tal manera que el paciente paulatinamente vaya adquiriendo una actitud activa ante el tratamiento; la terapia generalmente tiene una duración de 15 a 20 sesiones. Respecto a la problemática central, la terapia cognitiva tiene como propósito trabajar el “aquí y el ahora”, prestando atención a las emociones y cogniciones que se generan durante las intervenciones y posterior a ellas, lo que se busca con esto es validar o poner a prueba las creencias que va construyendo el individuo acerca del entorno de una manera sistemática y metódica (Beck y Cols, 2010).

Personalidad

La personalidad se ha intentado describir desde épocas antiguas, pasando por filósofos como Hipócrates hasta teóricos contemporáneos como Cloninger, Costa y McCrae, Millon, entre otros. Dada la complejidad y diversidad del fenómeno que estos autores han buscado estudiar, han surgido diferentes maneras de abordar el concepto de personalidad, a pesar de esto se ha logrado llegar un consenso a la hora de definir sus componentes (Caballo, 2004).

Temperamento.

El temperamento hace referencia a los determinantes biológicos de la personalidad, es decir, son todos aquellos factores innatos, genéticos y constitucionales, que han sido heredados. Frente a este tema son varios los autores que han buscado

establecer elementos, dimensiones o características del temperamento. De todos los autores que se han adentrado en esta área vale la pena resaltar los postulados de Cloninger y de Costa y McCrae.

Cloninger y col. (como se citó en Caballo, 2004), proponen cuatro dimensiones por medio de las cuales se pueden describir ciertas características del temperamento:

Búsqueda de la novedad o activación conductual: Hace referencia a la tendencia de buscar constantemente estímulos reforzantes.

Evitación del daño o inhibición conductual: Hace referencia a la tendencia del individuo a evitar la emisión de conductas que pueden conducir a situaciones poco reforzantes o de castigo.

Dependencia de la recompensa o mantenimiento conductual: Se refiere la tendencia del individuo de responder ante determinadas situaciones o estímulos, especialmente las que generan satisfacción o refuerzo.

Persistencia: Se refiere a las conductas que se llevan a cabo de manera estable, aunque esta no siempre sea reforzada y sea realizada con dificultad.

Por su parte Costa y McCrae, proponen cinco factores temperamentales de la personalidad (como se citó en Caballo, 2004, p. 27):

- “Neuroticismo”: Tendencia al malestar psicológico y a la conducta impulsiva.
- “Extraversión”: Tendencia a implicarse en situaciones sociales y a sentir alegría y optimismo.
- “Apertura a la experiencia”: Curiosidad, receptividad a nuevas ideas y expresividad emocional.
- “Amabilidad”: Grado en que se muestra compasión y hostilidad hacia los demás.
- “Responsabilidad”: Grado de organización y compromiso con los objetivos personales.

Carácter.

La personalidad no sólo está determinada por factores biológicos sino también por factores ambientales, los cuales permiten que el individuo desarrolle una manera específica de asimilar su entorno y los eventos a los que debe hacer frente. Este repertorio de conductas y estrategias aprendidas a partir de la interacción con el ambiente y los estilos de procesamiento de información constituyen otra parte de la personalidad, llamada carácter.

Dentro de este componente se enmarca lo que se definió anteriormente como *esquema*, ya que éste hace referencia a “las creencias básicas que utiliza un individuo para organizar su visión sobre sí mismo, el mundo y el futuro.” (Caballo, 2004, p. 28).

Aunque el término *esquema* ha sido definido por diferentes autores, el más utilizado para el estudio de la personalidad es el expuesto por Cottraux y Blackburn (como se citó en Caballo, 2004). Estos autores basan su conceptualización en la realizada

por Aaron Beck y establecen tres niveles de procesamiento de la información: esquemas, procesos cognitivos o distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos.

Los esquemas, es el nivel en el que se “almacenan postulados y suposiciones básicas que se utilizan para interpretar la información” (Caballo, 2004, p. 28). Exponen los autores que “sólo la información que concuerda con los esquemas es procesada de forma completa” (Caballo, 2004, p. 28). En el segundo nivel de procesamiento se encuentran los procesos cognitivos o distorsiones cognitivas, en esta fase, la situación o experiencia del individuo es adaptada al esquema del mismo, y no el esquema a los hechos reales. En el tercer nivel, el proceso realizado en el nivel anterior va a generar una serie de pensamientos automáticos, estos pueden estar definidos por “monólogos, diálogos o imágenes internas que no son conscientes, a menos que el individuo fije su atención en ellos” (Caballo, 2004, p. 28).

Como se mencionó inicialmente, la definición del concepto de personalidad va a estar ligado a la definición de carácter y temperamento y ha variado de acuerdo a la época y al autor que la estudia. De acuerdo con esto y con los componentes explicados anteriormente, a continuación se presenta una breve conceptualización de qué es la personalidad.

¿Qué es la personalidad?

Siguiendo con lo que se planteó anteriormente, y teniendo en cuenta el poco consenso que se tiene de la conceptualización sobre la personalidad, se puede hacer referencia a una definición más o menos establecida sobre qué es personalidad (Caballo, 2004).

La personalidad se concibe actualmente como un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, y en última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse del individuo (Millon y Davis, 1998, p. 4).

Es importante señalar que los rasgos de personalidad no constituyen un trastorno, sino que existen una serie de elementos que marcan el límite entre lo que es patológico y lo que no.

Respecto a esto, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en su manual diagnóstico, DSM-IV-TR (2003) establecen unas características claras respecto a la diferencia entre los rasgos de personalidad y el trastorno de personalidad. Es así como definen los rasgos de personalidad como “patrones persistentes de formas de percibir,

relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales” (p. 646). Estos rasgos transgreden el límite con lo patológico cuando se establecen como patrones inflexibles y poco adaptativos, causando un malestar y un deterioro funcional del individuo en diferentes áreas y contextos- personal, social, laboral y/o familiar -, es en este punto donde los rasgos de personalidad pasan a constituir los llamados trastornos de personalidad (APA, 2003).

En resumen y de acuerdo con Caballo (2004), se puede decir que las características esenciales del trastorno de personalidad son:

- Es inflexible.
- Es desadaptativo.
- Es estable a lo largo del tiempo.
- Deteriora de forma significativa la funcionalidad del individuo.
- Produce malestar en el entorno de la persona.
-

Trastorno de personalidad obsesiva – compulsiva

En el apartado anterior se dejó claro cómo está constituida la personalidad, sin necesidad de hablar de patología, para efectos prácticos del apartado actual, se iniciará con la explicación de cómo la Asociación Americana de Psiquiatría ha clasificado los

trastornos de personalidad en tres clusters o grupos, prestando especial atención al trastorno de personalidad obsesivo - compulsivo.

De acuerdo con lo planteado por el DSM IV-TR (2003) y lo citado por Gasull, (2009), los trastornos de personalidad se dividen en tres grupos: A, B y C.

En el grupo A, o Clúster A, se encuentran los trastornos de personalidad de tipo paranoide, esquizoide y esquizotípico, este grupo se destaca por la rareza y excentricidad de los rasgos de estas personas (Gasull, 2009).

En el grupo B o Clúster B, se incluyen las personalidades antisociales, límite (borderline), histriónicas y narcisistas. La principal característica de este grupo son sus rasgos anómalos de tipo dramático, emocional e indeterminado (Gasull, 2009).

El grupo C, o Clúster C, se caracteriza por personalidades evasivas, dependientes y obsesivo-compulsivas. Los individuos que se encuentran en este grupo suelen mostrarse temerosos y angustiados (Gasull, 2009).

La característica principal del Trastorno de personalidad obsesivo - compulsivo (TPOC) es “preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia” (APA, 2013). De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría, los criterios que debe cumplir un individuo para ser diagnosticado con este trastorno son (APA, 2013, p. 368):

Patrón dominante de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:

- Se preocupa por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los programas hasta el punto de que descuida el objetivo principal de la actividad.
- Muestra un perfeccionismo que interfiere con la terminación de las tareas (p. ej., es incapaz de completar un proyecto porque no se cumplen sus propios estándares demasiado estrictos).
- Muestra una dedicación excesiva al trabajo y la productividad que excluye las actividades de ocio y los amigos (que no se explica por una necesidad económica manifiesta).
- Es demasiado consciente, escrupuloso e inflexible en materia de moralidad, ética o valores (que no se explica por una identificación cultural o religiosa).
- Es incapaz de deshacerse de objetos deteriorados o inútiles aunque no tengan un valor sentimental.

- Está poco dispuesto a delegar tareas o trabajo a menos que los demás se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
- Es avaro hacia sí mismo y hacia los demás; considera el dinero como algo que se ha de acumular para catástrofes futuras.
- Muestra rigidez y obstinación.
- La importancia de especificar este trastorno radica en la relación que puede presentar con algunos trastornos del eje 1, aunque vale la pena aclarar que dicha relación se presenta con los diferentes trastornos de personalidad ya que cada cluster cuenta con determinadas características que hacen más o menos probable la aparición o no de una psicopatología.

Comorbilidad entre trastorno depresivo y rasgos de personalidad obsesiva

Desde la década de los 80's el interés por establecer una relación clara entre determinados trastornos de personalidad y algunas patologías ha dado origen a diferentes investigaciones, que han tenido como objetivo principal identificar cómo un trastorno de personalidad puede afectar o alterar el curso y desarrollo de una psicopatología y a su vez cuáles cluster hacen más probable su aparición.

Se puede hablar de comorbilidad o coocurrencia, su diferencia radica en que cuando se habla de comorbilidad se está teniendo en cuenta la influencia que puede tener un trastorno en el curso y desarrollo de otro. García y Salcedo (1999) llevaron a cabo un metanálisis de las investigaciones que se han realizado con el propósito de establecer dicha relación, específicamente con los trastornos del estado de ánimo. Dentro de lo que encontraron se destaca el no consenso en los resultados de las investigaciones ya que algunas establecen una comorbilidad de síntomas depresivos con trastornos de personalidad del Clúster B, mientras que otros los establecen con el Clúster A o con el Clúster C.

Algunas de las investigaciones que se han realizado encontraron que, en general, la tasa de prevalencia media de los trastornos de personalidad en los trastornos afectivos es del 57% (Gasull, 2009).

De acuerdo con un estudio epidemiológico realizado en Estados Unidos, se lograron identificar algunos elementos de comorbilidad entre el trastorno de personalidad obsesivo compulsivo y patologías propias del eje 1, esta información se recolectó por medio de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas (NESARC), dentro de los principales hallazgos de dicha encuesta se encontró que las tasas de abuso y dependencia del alcohol y de cualquier trastorno por consumo de drogas fueron mayores entre los hombres con TPOC que entre las mujeres con TPOC, mientras que las mujeres con TPOC tenían mayores tasas de depresión

mayor, distimia, y trastornos de ansiedad en general (Grant, Mooney & Kushner, ps.470-471, 2012).

Otra investigación realizada en Southern Illinois University Edwardsville, por medio de la aplicación del Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) a un grupo de estudiantes universitarios, algunos de los cuales no contaban con síntomas clínicos, encontró que la prevalencia de cualquier tipo de síntoma depresivo fue de 52,4% (Hunt y Gable, 2013). Además se identificaron como principales síntomas depresivos baja energía, problemas de sueño y anhedonia (Hunt y Gable, 2013). También se halló que sólo el 12, 7% de la población no presentaba síntomas de TPOC y que los síntomas que se presentan con mayor frecuencia eran a) el perfeccionismo que interfiere con la realización de las tareas y b) la preocupación excesiva por los detalles y reglas. Lo que esto permite ver es una coocurrencia, al menos en dicho estudio, de depresión y TPOC o síntomas del mismo, especialmente entre los participantes que reportaron depresión o desesperanza casi todos los días dentro de las últimas dos semanas (Hunt y Gable, 2013).

Es claro que no se está hablando sólo de una coocurrencia de síntomas, sino de una comorbilidad, en tanto las creencias que rigen determinado trastorno de personalidad, o los síntomas de este, van a intervenir en gran medida en la manera como el individuo percibe y asimila el entorno, lo cual influye directa o indirectamente en el desarrollo de una u otra patología y en el curso de la misma, al igual que en la asimilación y efecto de un medicamento (García y Salcedo, 1999).

Análisis de caso

En la práctica de la terapia cognitiva se contemplan diversas formas de recolección de datos, a su vez, cuestionarios, pruebas psicométricas, cuadros de auto registros, listas de verificación, entre otras, pero dentro de ellas la entrevista clínica se destaca como una de las principales estrategias para obtener información del paciente, mediante la conversación entre el terapeuta y el paciente, se logra tener acercamiento, entre la persona que dice desear ser ayudada -ya sea por iniciativa propia o petición de otra persona- y el terapeuta tratante. Esta interacción se da con la finalidad de arribar a una hipótesis diagnóstica de síntesis, lo que permitirá durante el proceso terapéutico construir el plan de intervención y finalmente determinará la orientación terapéutica (Llanova, 2010, p. 104)

La entrevista clínica es una conversación entre dos o más personas cuya intención va más allá del mero placer de conversar, permite auscultar de manera simple, rápida, pero eficaz el estado general de la salud mental del paciente, la enfermedad actual, con sus respectivos periodos inter-crisis, permite realizar el análisis proximal, distal y medio distal, los antecedentes personales y familiares, En pocas palabras la entrevista clínica es al psicólogo lo que al médico es el estetoscopio (Llanova, 2010). Durante el transcurso de la entrevista el terapeuta puede caer en el error de tener un patrón de preguntas a las que el paciente responde, hay que ser cuidadoso de ello, pues muchas veces las respuestas del pacientes pueden ser resultado de la ansiedad, es por ello que el terapeuta debe crear un

espacio empático que permita que el principio de empirismo colaborativo conduzca la sesión.

La entrevista clínica como parte del proceso terapéutico se da entre un profesional de la psicología “experto”, u otro profesional de la salud mental calificado y cualificado, para llevar adelante la tarea que supone la exploración de la vida de una persona. La palabra “experto”, en este caso, hace referencia al terapeuta cognitivo conductual, que tiene el conocimiento epistemológico y teórico suficiente, las competencias técnicas y empíricas, para desarrollar la tarea de la indagación y observación clínica. La entrevista supone el ejercicio de efectuar preguntas y contrapreguntas, que permitan inicialmente romper el hielo y acercarse al paciente, para luego paulatinamente ir clarificando, confirmando, o negando las hipótesis cognitivas, sobre el contenido informacional del paciente.

Las diferentes técnicas utilizadas en la entrevista clínica le permiten al profesional conducir de manera adecuada la conversación tocando los temas de interés con sumo cuidado y detalle, activando el contenido esquemático emocional, y conocer los pensamientos automáticos disfuncionales del paciente sin caer en la circunstancialidad típica de algunas estructuras de personalidad u otras patologías.

Durante el transcurso de la entrevista clínica se pueden realizar muchos tipos de intervención, preguntas abiertas, cerradas, exhortaciones, confrontaciones, aprobaciones, motivaciones, entre otras, que dan al terapeuta cognitivo-conductual la posibilidad de

conducir de manera directiva la entrevista para así cumplir el objetivo que el clínico se ha propuesto para la estructura de su sesión. Este enfoque directivo, pero a su vez flexible, puede combinarse con acciones no directivas, lo que enriquece la entrevista clínica como método y estrategia de evaluación e intervención.

La estructura de la entrevista es variable, y puede ir desde una conversación espontánea, hasta llegar a tener un nivel de estructuración muy alto, tal como son las entrevistas de investigación científica, sin embargo quizá la más utilizada en la clínica es la entrevista semiestructurada. Como lo plantea Riso (2009) ésta al tener un fin y metodología establecida por el terapeuta, pero sin ceñirse a la rigidez de un cuestionario, ni ser tan formal como la entrevista estructurada. La entrevista semiestructurada, puede tener cierto grado de flexibilidad, que permite al terapeuta indagar sobre diferentes temáticas de acuerdo a la dinámica de la misma, sin perder el foco y siempre alrededor de un objetivo planteado. Algunos ejemplos de este tipo de entrevista, desde el paradigma cognitivo y de acuerdo con Riso (2009) son: “Las categorías de creencia central o esquema nuclear de Beck, (1996), J. Beck (2004), Las categorías de distorsiones cognitivas (Freeman y col, 2004) y el Checklist de distorsiones cognitivas (Leahy, 2003)” (p.247).

Teniendo en cuenta lo anterior, la entrevista clínica permite hacer revisión y descripción de síntomas a nivel físico, cognitivo, comportamental y emocional, lo que facilita el diseño del listado de problemas, la evaluación del examen mental, la generación de empatía con el paciente y, finalmente, permitirá realizar hipótesis

diagnósticas cognitivas, ya que las verbalizaciones realizadas por el paciente durante la entrevista dan cuenta de los esquemas, productos, procesos, distorsiones e irracionalidad del aparato cognitivo del paciente.

En el estudio de caso de una paciente con depresión doble y rasgos obsesivos de personalidad, la entrevista sirvió como agente de cambio, dado que el hecho de validar la conducta y normalizar las emociones promovió en la paciente una actitud colaboradora, que además propiciaba en el terapeuta una actitud empática de escucha activa, que al no confrontar a la paciente la motivaba a seguir con su relato y a acercarse al cambio.

Mediante las entrevistas de devolución realizadas a Ana se pudo llevar a cabo un proceso de psicoeducación, tal como lo define J. Beck (2000, p. 25):

“realizando explicación de la sintomatología encontrada, o de la hipótesis diagnóstica hallada, permitiendo: Identificar conductas problema, establecer objetivos de intervención, seleccionar una estrategia de intervención, evaluar la estrategia de intervención. Lo que redundará en el beneficio del paciente ya que puede repercutir en la disminución de la ansiedad, la generación de expectativas claras frente al proceso, y la motivación al cambio”.

La entrevista clínica como primera herramienta de acercamiento a Ana, permitió promover el cambio, de acuerdo con lo propuesto por Miller y Rollnick en su libro *La Entrevista Motivacional* (2011) esta constituye un estilo de asistencia directa, que se

centra en el paciente buscando provocar un cambio conductual por medio de la exploración y resolución de situaciones y áreas ambivalentes. Ambivalencia que en ciertos momentos acercaba a Ana al abandono del tratamiento, lo que finalmente perpetuaba su patrón conductual de evitación y así una de las profecías autocumplibles que confirmaba su esquema central.

Teniendo en cuenta que el ejercicio de la clínica tiene su origen en la demanda del paciente, las formas de abordaje y la metodología utilizada en el proceso deben apuntar a intentar que la persona encuentre solución a sus conflictos, por tanto la buena práctica de la entrevista clínica se podrá convertir en la "varita mágica" para escanear la psicología del sujeto, o en la espada de Damocles que aleje al terapeuta de cualquier tipo de intervención adecuada.

Los fenómenos psicológicos por su naturaleza de intangibles pueden ser descritos por sus cualidades, manifestaciones cognitivas y comportamentales, de allí que la clínica como relación intersujeto sea realizada en una dimensión cualitativa, pero además de estos fenómenos también tienen niveles, grados, intensidades que suceden en una dimensión espacio-temporal y que pueden ser medibles, observables y cuantificables, y es en este momento cuando todas las herramientas de intervención, incluyendo la entrevista clínica, ganan importancia para la efectividad del proceso terapéutico.

Conclusiones y discusión

La terapia cognitiva ha sido aplicada a diferentes patologías, siendo la depresión la que más ha llamado la atención debido a su eficacia. En el presente caso logró ser aplicada a una depresión doble, es decir depresión mayor mas distimia. Se pudo concluir que para la paciente -Ana- las percepciones e interpretaciones de la realidad, no necesariamente son idénticas a ésta, sin embargo las vive como tal. Dichas interpretaciones dependen de procesos y productos cognitivos, que en ocasiones son rápidos pero ineficaces, a pesar de esto, dichos productos son susceptibles de verificación y contrastación, por lo tanto susceptibles de cambio.

Gracias a los principios de la terapia cognitiva, se puede realizar un abordaje estructurado y eficaz a los trastornos del estado de ánimo. Para el caso de Ana se lograron aplicar dichos principios, haciendo énfasis en el proceso psicoeducativo a través de la terapia. Por ejemplo, durante el curso de la enfermedad se trabajó el entrenamiento en habilidades de detección de pródromos, detonantes, sintomatología y estrategias de afrontamiento para los mismos, debido a este mismo principio de enseñanza-aprendizaje también se pudo realizar un proceso de prevención de recaídas.

También se halló que los rasgos de personalidad obsesiva constituyen un factor de vulnerabilidad en este caso.

En el estudio de caso se pudo describir paso a paso, el proceso de evaluación cognitivo, desde los niveles más superficiales mediante los cuadros de registros de pensamientos automáticos disfuncionales, hasta las creencias nucleares pasando por los supuestos y estrategias, siendo estos últimos, en el caso específico de Ana, quienes mantenían las cogniciones, perpetuando a su vez patrones de conducta desadaptativos; lo que confirma que en la depresión y otras patologías se presenta un modelo de interacción recíproca entre pensamientos y conductas. En el caso de Ana, por ejemplo, cuando se aislaba también generaba que las personas cercanas la rechazaran constituyéndose en un elemento precipitante de su depresión, y mantenedor de su distimia.

En el trabajo se pudo comprender de manera clara como es el modelo de conceptualización de caso clínico desde modelo cognitivo a partir de la aplicación del modelo del instituto Beck.

La depresión como síndrome, tiene una diversa forma de manifestar su sintomatología afectando diferentes esferas del individuo, disminuyendo su capacidad de afrontar las vicisitudes de la vida cotidiana que anteriormente se afrontaba. Estas manifestaciones se pueden observar como síntomas físicos, cognitivos, motores, y emocionales, por lo tanto su intervención también debe ir dirigida al listado de problemas en las mismas áreas.

Contrario a lo que muchos terapeutas creen, el modelo cognitivo conductual, aunque estructurado y directivo, es flexible. Se centra en el presente, sin desconocer los antecedentes del paciente y es práctico, pues permite la solución de problemas.

La entrevista clínica permite utilizar el dialogo socrático, y mediante el método inductivo facilita la conducción del paciente, utilizando el descubrimiento guiado para reconocer sus pensamientos, evaluarlos, buscar los posibles errores del sistema informacional y sustituirlos por pensamientos más adecuados.

Respecto a lo que se intervino en el listado de problemas de las diferentes áreas, comportamental, cognitiva y afectiva, las cuales estaban asociadas a los rasgos de personalidad obsesivos, se pudo observar que las que estaban mas relacionada con el trastorno depresivo mayor recidivante remitieron de manera significativa en la paciente, sin embargo las características asociadas a la estructura de personalidad permanecen latentes, y se activan en algunas situaciones de la vida de Ana, compadeciéndose esto con planteado en el modelo explicativo de diátesis estrés del modelo cognitivo.

Finalmente, se puede decir que gracias al análisis de este caso, realizado a la luz del modelo teórico de Beck, fue posible concluir que dicho modelo es apropiado y eficaz para la explicación e intervención de la depresión. La realización del estudio de caso, siguiendo el modelo cognitivo permitió observar que los resultados obtenidos son coherentes con estudios que se han hecho para pacientes con las mismas características, lo que valida con apoyo empírico y técnicas basadas en la evidencia científica lo

realizado, a diferencia de otros modelos explicativos que carecen de evidencia empírica que los valide, pues al no tener estudios controlados no permiten hacer comparaciones y mediciones (García y Pérez, 2001).

Referencias

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2003). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV*. Barcelona: Masson
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19ª ed.). Bilbao: Desclée de Brower.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Buela-Casal, G., & Sierra, J. C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 525-532.
- Caballo, V.E. (2004). Conceptos actuales sobre los trastornos de la personalidad. Autor (Ed.). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento* (pp. 25-49). Madrid: Síntesis.
- Freeman, A., & Oster, C. (2007). Terapia cognitiva de la depresión. V, Caballo. (Ed.) *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos* (pp. 543-574). Madrid: Siglo XXI.
- García, J.M & Pérez, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema* 13(3), 493-510.
- García, L. S., & Salcedo, V. V. (1999). La comorbilidad de los trastornos depresivos y de los trastornos de la personalidad. *Salud Mental*, 22(3), 34-40.

- Gasull, V. (2009). Trastornos de personalidad y depresión. *Medicina de Familia-SEMERGEN*, 35 (1), 31-38. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-linkresolver-trastornos-personalidad-depresion-13190896>
- Grant, J. E., Mooney, M. E., & Kushner, M. G. (2012). Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of psychiatric research*, 46(4), 469-475.
- Hunt, K., & Gable, K. N. (2013). Prevalence of depressive symptoms and obsessive-compulsive personality traits among pharmacy students. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 5(6), 541-545.
- Kwon, S. y Oei, T.P. (1994). The roles of two levels of cognitions in the development, maintenance, and treatment of depression. *Clinical Psychology Review*, 14, 331- 358.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., & Hautzinger, M. (2007). Tratamiento conductual de la depresión unipolar. Caballo, V. (Ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pp. 493-541). Madrid: Siglo XXI.
- Llavona, L. M. (2010). Entrevista. en F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 103-119). España: Ediciones Pirámide.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2011). *La entrevista motivacional*. Paidós.
- Millon, T., & Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Masson.
- Organización Mundial de la Salud (Octubre de 2012). *La depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Orjuela, L. (2000). Depresión. *Control y Superación*. Madrid. Libro Hobby.

- Posada, José A. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 33(4), 497-498. Retrieved May 06, 2015, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572013000400001&lng=en&tlng=es.
- Riso, W. (2009). *Terapia Cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Editorial: Paidós.
- Robins, C.J. y Hayes, A. (1993). An appraisal of cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 205-214
- Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3) 261-270. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921790006>
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología: psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. Pearson Educación.
- Seligman, M. E. (1981). *Indefensión: en la depresión, el desarrollo y la muerte*. Editorial: Debate.
- Skinner, B. F. (1977). *Sobre el conductismo*. Ardila, R. (Trad.). Barcelona: Fontanella.
- Vázquez, F. L., Muñoz, R. F., & Becoña, E. (2002). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamientos a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8(3), 417-449.

Anexos

YSQL2

Tabla 1. Puntuaciones YSQL2

Esquema	Preguntas	DS	LI	Media	LS	PD	DESV
Deprivación emocional	a 9	7.58	8.98	16.56	24.14	23	
Abandono / Inestabilidad	0 a 27	13.83	23.74	37.57	51.4	34	
Desconfianza / Abuso	8 a 44	13.93	23.88	37.81	51.74	49	
Aislamiento social	5 a 54	8.48	12.93	21.41	29.89	47	
Vergüenza / Defectuosiad	5 a 69	9.92	15.58	25.5	35.42	30	
Indeseabilidad social	0 a 78	5.28	10.14	15.42	20.7	25	
Fracaso	79 a 87	5.52	8.49	14.01	19.53	41	
Dependencia / Incompetencia	88 a 102	8.3	16.78	25.08	33.38	22	
Vulnerabilidad al daño	103 a 116	10.27	19.06	29.33	39.6	33	
Entrampamiento	117 a 127	7.57	12.02	19.59	27.16	15	
Subyugación	128 a 137	6.41	14.55	21.49	28.43	16	
Autosacrificio	138 a 154	13.55	27.66	41.21	54.76	50	
Inhibición emocional	155 a 163	6.94	14.55	21.49	28.43	13	
Estándares inflexibles	164 a 179	12.11	27.49	39.6	51.71	61	
Egocentrismo / Grandiosidad	180 a 190	9.35	17.32	26.67	36.05	27	
Autocontrol / Autodisciplina insuficientes	191 a 205	11.11	22.9	34.01	45.12	66	

Esquemas maladaptativo tempranos encontrados

Aislamiento Social/ Alienación. El sentimiento de que uno está aislado del resto del mundo, es diferente de los demás y/o no hace parte de ningún grupo o comunidad.

Estrategia.

Fracaso. La creencia de que uno ha fracasado o fracasará inevitablemente, o de que se es inherentemente inadecuado con respecto a sus amigos, en áreas de logro (educación, carrera, deportes, etc.) Con frecuencia involucra la creencia de que uno es estúpido, inepto, falta de talento, ignorante, de bajo status, menos exitoso que otros y otras creencias de la misma naturaleza.

Estándares Inflexibles / Hiperocrítica. La creencia subyacente en que uno debe esforzarse por alcanzar estándares muy altos de conducta y desempeño, generalmente para evitar la crítica. Desemboca en sentimientos de presión o en dificultad para desacelerar el ritmo de vida, y en una actitud hiperocrítica hacia uno mismo y hacia los demás. Debe involucrar un deterioro significativo en el placer, la diversión, la salud, la autoestima, la sensación de logro o las relaciones satisfactorias. Los estándares implacables adquieren generalmente la forma de (a) Perfeccionismo, atención desmedida en los detalles o subestimación del buen desempeño propio, (b) Reglas rígidas y "deberías" no realistas en muchas áreas de la vida, incluyendo altos preceptos morales, éticos, culturales o religiosos; o (c) Preocupación por el tiempo y la eficiencia, de tal modo que ellos permitan alcanzar metas más altas.

Consentimiento Informado

Investigador: Jorge Mario Rubio Sánchez

Consideraciones Éticas Sobre La Investigación En Psicología Clínica

Partiendo del manual deontológico y bioético de la psicología en Colombia (2009) se registran las siguientes consideraciones en el capítulo VII en relación con la investigación científica:

Artículo 49: Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

Artículo 50: Los profesionales de la Psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

Artículo 51: Es preciso evitar en lo posible el recurso de la información incompleta o encubierta. Este solo se usará cuando se cumplan estas tres condiciones:

A. Que el problema por investigar sea importante

B. Que solo pueda investigarse dicho tipo de información

C. Que se garantice que al terminar la investigación se les va a brindar a los participantes la información correcta sobre las variables utilizadas y los objetivos de la investigación.

Artículo 52: En los casos de menores de edad y personas incapacitadas, el consentimiento respectivo deberá firmarlo el representante legal del participante.

Artículo 55: Los profesionales que adelanten investigaciones de carácter científico deberán obtenerse de aceptar presiones o condiciones que limiten la objetividad de su criterio u obedezcan a intereses que ocasionen distorsiones o que pretendan darle uso indebido a los hallazgos.

Artículo 56: Todo profesional de la psicología tiene derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore en forma individual o colectiva, de acuerdo con los derechos de autor establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores.

Consentimiento Para Participar En Un Estudio De Caso Sobre: "Aplicación De La Terapia Cognitivo-Conductual En Una Paciente Con Depresión Doble Y Rasgos Obsesivos De Personalidad"

Nombre del psicólogo: Jorge Mario Rubio Sánchez

Señora: _____ le estamos invitando a participar en un estudio de caso que se realiza como requisito para el grado de la Maestría en Psicología – Profundización Clínica Cognitiva Conductual- Universidad del Norte de Barranquilla.

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- La autorización para utilizar en este estudio de caso el material o contenido desarrollado durante las sesiones es absolutamente voluntaria.
- Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a autorizar utilizar el contenido de las sesiones con fines académicos en la elaboración de un estudio de caso sin tener que dar explicaciones.
- Los temas abordados que serán analizados en este estudio de caso y sus datos personales se tendrán en absoluta reserva, protegidos por el principio de confidencialidad tal como lo considera el manual deontológico y bioético del ejercicio de la Psicología.

- Usted no recibirá beneficio económico alguno del estudio actual. Los estudios de caso como este sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados en el campo de la psicoterapia más adelante.

Procedimientos

En el estudio de caso, en el cual usted participará, se analizarán los contenidos dialogados durante las distintas entrevistas que le fueron o serán realizadas. Sé que de la forma más auténtica y sincera posible usted hable sobre su experiencia en particular. La información obtenida en las entrevistas será sometida a un proceso de análisis en el que lo importante es poder llegar a comprender: ¿Cuál es la pertinencia de la aplicación del modelo de la terapia cognitiva conductual en una paciente con depresión doble y rasgos obsesivos de personalidad?

Los resultados serán publicados manteniendo total reserva sobre los datos personales y entregados a la Universidad del Norte como requisito para el grado a la Maestría en Psicología - Profundización Clínica Cognitiva Conductual- Universidad del Norte de Barranquilla. Usted recibirá retroalimentación sobre lo encontrado en el caso antes de ser socializados.

Consentimiento Informado

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el estudio de caso sobre "Aplicación De La Terapia Cognitivo-Conductual En Una Paciente Con Depresión Doble Y Rasgos Obsesivos De Personalidad" y de haber recibido del señor: Jorge Mario Rubio Sánchez, explicaciones verbales sobre la misma, así como respuestas satisfactorias a mis inquietudes, he decidido de forma libre, consciente y voluntaria aceptar participar en este caso. Además, autorizo a Jorge Mario Rubio Sánchez, para utilizar la información codificada en este caso en un artículo científico, en el cual se manejará con total confidencialidad y reserva todos mis datos de contacto.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia del señor Jorge Mario Rubio Sánchez y el testigo _____, en la ciudad de _____ el día ____ del mes de _____ del año ____.

Nombre, firma y documento de identidad del participante:

Nombre: _____ Firma: _____

Cédula de ciudadanía: _____ de _____

Nombre, firma y documento de identidad del psicólogo:

Nombre: _____ Firma: _____

Cédula de ciudadanía: _____ de _____

Teléfono: _____, Correo electrónico: _____

Nombre, firma y documento de identidad del tutor del caso:

Nombre: _____ Firma: _____

Cédula de ciudadanía: _____ de _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____